作者简介

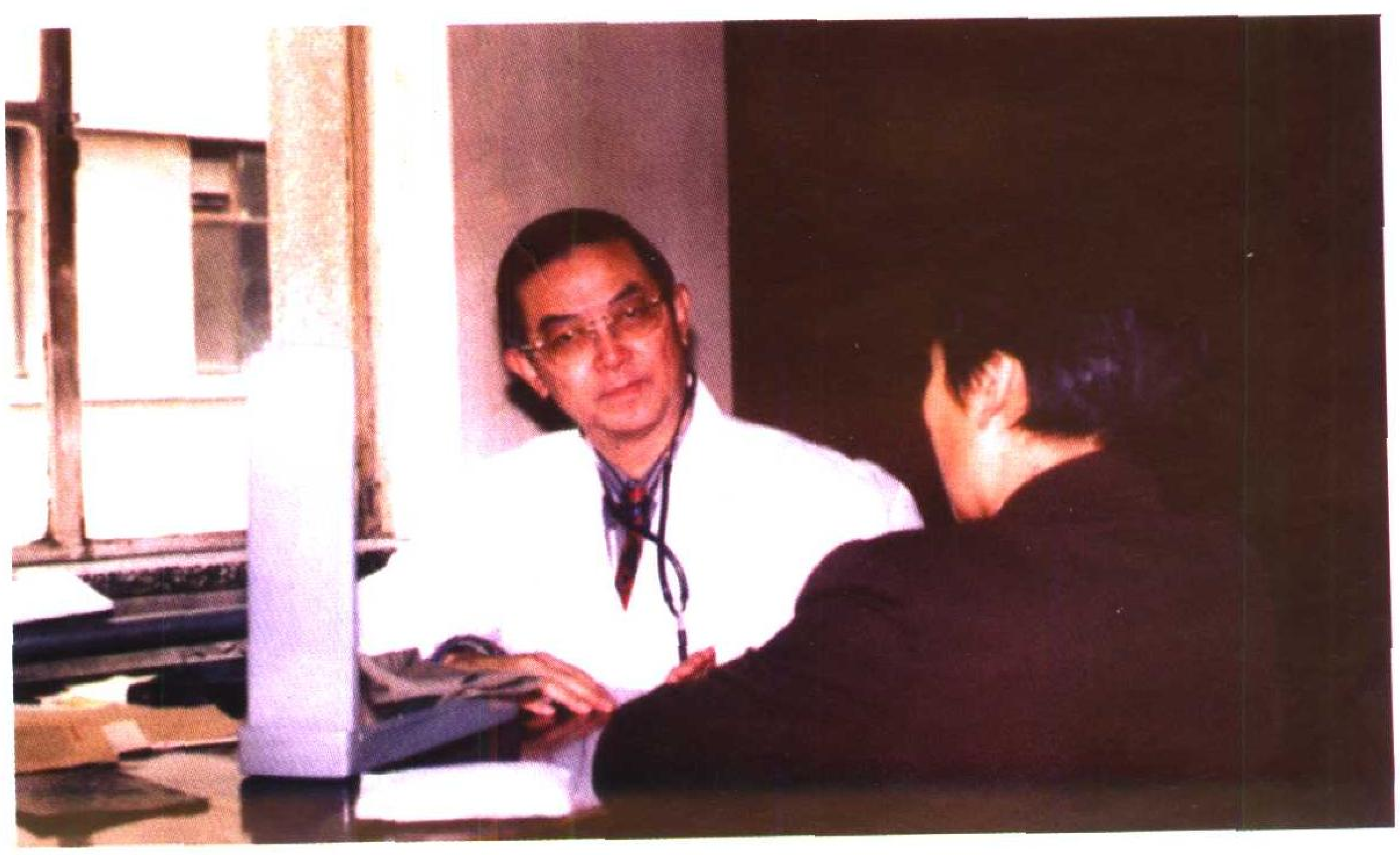


沈绍功，男，1939年生，上海大场枸橘篱沈氏女科第十九代传人，中国中医研究院博士生导师、主任医师。

他从医40余年，时刻铭记天职，善于总结，勤于思考，在中医急症、胸痹心痛（冠心病）等方面多有创新，倡导科工贸联合研制新药，促进了中医急症的发展，为我国中医药事业的规范化、标准化、科学化建设做出了贡献。



沈绍功主任医师在做学术报告



沈绍功主任医师诊查病人

VISIT…

LANZAROTE Caliente.COM

路 序

中医药学有丰厚的文化底蕴、扎实的医学理论基础和广泛的疗效优势，是中国优秀文化中的灿烂明珠。它有着辉煌的历史、不可磨灭的贡献和继承发扬的潜能。中医药学是独具中国特色的医学宝库、生命科学。

中医药学历经两千余载而不衰，时至21世纪更闪烁着时代光芒，其原动力在于中医独特理论和确切的临床疗效。其取效之道在于"整体综合"和"辨证论治"两根支柱。在漫长历史长河中，中医的两根支柱历久弥新，永葆青春。随着时序的推移，中医理论在继承发扬，在临证中创新，其疗效优势越来越显露，其在医疗保健中的作用，越来越被世人所瞩目和接纳。

中国中医研究院主任医师、博士生导师沈绍功教授，系于首届上海中医药大学统考生，祖传师授，医德双馨，道德修业，潜心学问，既遵古不泥，又善汲新，学贯中西，临证以中医为主，在心病和急症方面多有建树，研制新中成药，总结、编辑不少心病与急症论文和专著。他悬壶四十余载，为无数患者解厄释困，是深得患者信赖的临床医学家。他在全面继承基础上，大胆弘扬与创新，既精研理论，又勤于临证，做到理论与实践紧密结合，学用一致。"一切为了临床疗效"的执著追求，是其一贯的良好医风，也是中医赖以生存的根基所在，值得大为赞扬。如果我们中医界人士都重视临证，中医事业就会兴旺发达，何虑后继乏人乏术！

这部《沈绍功中医方略论》，乃其数十年在临床中求索的心血结晶，无疑对中医学术的发展，对中医疗效的提升，对中医教学内容的充值，均会发挥较大的促进之力。余十分赞赏其尊师爱生，视患者如亲人的可贵品德；严谨不苟的治学风度；求是务实的科学态度以及不断探索的创新精神。故怀喜悦之情，贺本书面世，愿百尺竿头，再攀高峰，是为序。

廉州近翁 路志正

2003年7月6日于北京怡养斋

王　序

中医药学犹如松柏植根于华夏文明沃土之中。人文为科学导向，科学为人文奠基。人文与科学合而不同，然互补互动。其中医药学之人文含量最为可贵，堪称学科特色与优势。古往今来中医之学者，为上工者全靠悟性，即善于思维、思考与思辨。绍功教授勤奋好学，敢于求真求实。宏著《沈绍功中医方略论》医理篇撰文百种，诠释学科内涵，纵论古今而厚今，专攻急诊医学，重视理论指导，遍及理法方药，倡导整体综合调节，融继承与发展于一体而注重创新。又前瞻性地提出若干理论问题与同道共商而启迪后学。临证篇撰文凡 61 种，对心脑血管病、肿瘤、糖尿病等临床多发病以及高热、抽搐、厥、脱等急重危症悉心观察，多有发挥，经验颇丰。我与学生每在临诊治疗时广为采用，常获良效。本书除具体论治之外，尚有临床思维方法、调摄护理等方面的新理论、新概念、新见解，具有重要参考价值。方药篇撰有类方鉴别运用，依法选择主方，还有针对主病选方遣药灵活使用的方法计 60 种。至于“妙药百味妙用”，记述了作者用药心得，其中有常用药的功能主治、宜忌配伍的发挥，也有峻猛攻逐将军药临床治验的介绍，对症、识证、治病者均备，可谓精彩纷呈。是书还有“诊籍篇”、“论著篇”，内容宏富，全面收载与推广绍功先生对临床医学的卓越成就。纵观全书，无论医理、医话、医案，均系理法方药贯穿一致，重视临床疗效的检验，总以证为主体，言之有理，而理必有据。其临床所获鲜活的经验最为宝贵，据此可升华为理论，亦可为新中成药研究开发奠定坚实基础。

绍功教授幼承家学，上海中医药大学本科六年毕业，曾拜四川名医叶心清为师，恩蒙程门雪、秦伯未、金寿山等十余位先晋参师襄诊，足见功底深厚，精于诊务。观其自立之说或补前人之未备，或诠释前说阐发新义，实乃中医临床家辛勤耕耘、刻苦钻研之结晶，倾一生之心血奉献社会，令人钦佩，值得学习。

我与绍功学兄于学人团体共事多年，深感其爽直豁达，直面人生，绝少苟同异说。我辈学人现已步入老年，回忆往事，于成长过程多有坎坷，每当蒙难之时，互相勉励，真是情深谊厚。人生不求大红但愿常青，忠诚中医事业，不做一代顽人，坚持继承发扬，为培养后学，甘当铺路石子，足矣！沈兄书稿已成，邀我写序，不敢懈怠，欣然提笔，乐观厥成。

王永炎

2003 年 6 月 28 日

前　言

中医药学博大精深，源远流长，在其几千年的发展长河中，理论体系日趋完善，临床疗效日现优势，是“一个伟大的宝库”，受之无愧，评之无过。中医药学是一门医学科学，是中国文化的结晶，是人类生命科学的共有财富。

余出生于中医世家，自幼受环境的熏陶，同中医结下不解之缘。追求登入中医的科学殿堂，立志在这块沃土上耕耘终身成为磐石般的理念，对中医药学的这般“痴情”，是原动力，更是“核”动力。

人生的追求可谓丰富多彩，如痴如醉。我的信条说来十分简单：学术上追求创新，事业上追求精品，成果上追求效益，学风上追求实干，处世上追求真诚。

60余年的人生，历经坎坷，风雨无情，人生易老，老有所为，老有所托，拟将为之奋斗的中医事业留下一点体会，汲取一点教训，以便上不愧对列祖列宗，作为继承的一份诚笃，下不失责于同仁徒儿，作为发扬的抛砖启迪。本书文责自负，余斗胆署名并妄称“方略论”，实际乃一家之言，一孔之见，本意虚怀，求教于前辈、先晋和贤达。

全书60余万字，分为五篇：医理篇、临证篇、方药篇、诊籍篇和论著篇，主体为前三篇。每篇分列条目，尽力做到文题新颖，言之有物。参照国家颁布的“中医病案书写规范”，选载效验诊籍60例，以证主体三篇之理，作前后呼应，并以临床疗效为准矣。书中汇集本人主要论文和著作，加以点要，首列自传，尾附年鉴，以成方圆。

成书之际，承蒙前辈中华中医药学会内科学会副主任委员路志正教授，学长中国工程院院士、中华中医药学会内科学会主任委员王永炎教授拨冗作序，多方鼓励；同仁们积极倡导和全力相助；弟子韩学杰博士，同事李成卫博士、连智华硕士、李海玉硕士、傅妤娟助研的校订、编排和录入；以及出版社领导和编辑们的热情支持。一并谨此顿首，铭志不忘。

最后，感谢在协编中付出辛勤劳动的夫人陈秀贞主任医师、小儿沈宁医师和小婿路云鹏医师。

沈绍功

壬午隆冬于京都崇厚堂

著者传略

祖传师授　执着中医事业

沈绍功主任医师，1939年5月出身于上海中医世家，**系上海大场枸橘篱沈氏女科第十九代传人**。自幼受家庭业医环境的熏陶，年方10岁已能背诵《药性赋》及《汤头歌诀》。1952年小学毕业后便一边升读中学，一边侍奉祖父、父亲临证抄方，并开始研读中医典籍。仅仅四五年便熟读了《黄帝内经》、《伤寒杂病论》、《沈氏尊生书》、《医宗金鉴》、《温病条辨》等数部医著，并写下10万余字的读书心得，深得父辈们的赞赏和鼓励。

1956年在党的中医政策感召下，全国组建北京、上海、南京、成都四所中医学院，从此中医开始登上正规的大学殿堂。沈绍功1957年高中毕业后，参加国家统一高考，以优异成绩考入上海中医学院六年制医疗系（现更名为上海中医药大学），成为首批高中毕业高考进入全国四所中医学院的统考生。在校期间，他始终担任学习科研委员，牢记父辈们的家训："中医乃国医，学有所成，务必勤奋刻苦；悬壶行医，首当注重医德"。起早摸黑，整日泡在医著堆里，真有"悬梁割股"之势，"博览群书，其乐无穷"。并由此打下较为扎实的理论基础。

借助父辈们的医友关系，他每年寒暑假在教学医院跟随名医临证，恩蒙程门雪、黄文东、秦伯未、金寿山、陈耀堂、陆瘦燕、陈大年、朱小南等不吝指点，吸取前辈们的丰富经验和奇方妙药，又打下了较为扎实的临床功底。

1962年他在上海中医学院附属曙光医院临床各科毕业实习。该院由原西医院和中医院合并组成，各科健全，师资实力雄厚，十分倡导中西医结合。实习医师的学业纵然十分清苦，24小时不能离院，但学习的环境和敬业的氛围却十分浓烈。5年中西医的理论学习再次亲临目睹，现场操作，学以致用，其激动之情油然而生，动力与勤奋倍增，可谓"以医院为家，急病人所急，全身心投入中医学业，潜心苦研中医精髓"，成为6年学业中最为刻苦也收获最丰的一年。

1963年9月，他以优异成绩结束学业，由国家统一分配到北京中医研究院参加工作（现更名为中国中医研究院）。整整12年间，在中国中医研究院针灸研究所和广安门医院任住院医师，并拜四川名医叶心清老中医为师。叶老擅长针药并施，治疗内、儿、妇科诸多疑难杂症，疗效卓著，思路独特，处方新奇，曾担任国内外众多国家领导人保健医生，深得赞誉。使他刚出学堂大门即得名师指点，为日后的悬壶生涯打下坚实的临床基础。

其间，1964年及1965年，也就是毕业后的第二三年，组织委派他到北京郊区顺义县及山东沂蒙山老区巡回医疗，培养农村卫生员。在农村缺医少药的广阔天地里，他广泛收治各科疾患，用书本上学到的知识为患者服务，并同贫下中农同吃、同住、同劳动。这两年的艰苦磨炼使他终生难忘，一是精神的收获，激发了奋发图强，拼搏上进的毅力，

加深了同患者之间的感情，是一次医德医风的再教育；二是医疗技能的明显提升，是一次从“书呆子”到“实践者”的有效转化。

勤于总结　创新学术观点

20世纪70年代初，他在广安门医院内科**开设糖尿病专病门诊**。经临床观察2型糖尿病近千例，发现“三多”症状并不明显，而以气短乏力，心悸消瘦为主症，且苔多薄白，质淡，脉象沉细而弱。中医证候分类并非“阴虚燥热”，而属“气阴两虚”。于是提出治疗2型糖尿病的新思路：应从传统的“养阴清热”法则转换到**“补气”**上来，**创制了补气为主，重用生芪，养阴为辅，配用生地，气阴双补的“降糖甲片”**，经广安门医院制剂室配制，广泛用于糖尿病专病门诊。曾总结2型糖尿病586例，总有效率达89.8%。

在专病门诊中还重点观察中医对胰岛素减量，改善患者症状和治疗某些合并症的疗效。并同当时协和医院内分泌科的权威教授池芝盛合作，在该院共同查房、共同观察，共同总结，并共同主编《糖尿病知识问答》，他负责编写中医部分。将临床观察结果编入书中，显示了中医治疗2型糖尿病的疗效优势，受到池教授的充分首肯。该专著1979年3月由上海科技出版社正式出版发行。

1976年敬爱的周总理患癌症病逝。医务界怀着深厚的无产阶级感情，掀起攻克癌症的科研热潮。5月间领导指派他到广安门医院肿瘤科筹建肺部肿瘤病房并被任命为“猪苓多糖治疗原发性肺癌”科研课题组组长。第2年首批晋升为主治医师并评为中国中医研究院先进工作者。

他在肿瘤病房工作5年期间，根据中医药理论提出了**治疗恶性肿瘤的新思路，即以扶正为主，保护胃气为先**。扶正采用调整肾的阴阳，保护胃气首先振奋食欲，分两类：舌苔腻者投芳香护胃，以温胆汤、保和丸为主方；舌苔薄者投养阴护胃，以养胃汤为主方。突破了中医治疗恶性肿瘤不顾胃纳，一味投以清热解毒、活血化瘀、软坚散结、以毒攻毒等的传统框框，**创制了“平瘤建功散”新方**，而且提倡药疗与食疗、意疗、体疗互相配合的综合方案。这些新思路、新方法明显缓解患者症状，延长生存期，提高生存质量，也明显减轻了放、化疗的毒副反应。其间，他主笔的科研论文“猪苓多糖治疗原发性肺癌116例扶正作用的临床观察”，获得1981年度中国中医研究院科研成果三等奖。

1983年2月广安门医院新病房楼落成，重新开办急诊科，他被任命为急诊科主任，提出中西医配合，发挥中医药治疗急症的特色和优势，以救死扶伤为最高准则，开展中医诊治急性高热、脑中风、冠心病、急性痛证以及急性中毒等的科研工作。**制订并印制“广安门医院单病种中医急症诊疗常规”**。在广安门医院制剂室的支持下，自制“清解合剂”、“温解合剂”、“清暑合剂”、“复方地丁注射液”、“石韦注射液”等近20种医院内部制剂，使中医急症工作扎扎实实地开展起来，并及时总结了“急性高热110例辨证论治对照观察”、“清开灵注射液治疗急性胰腺炎26例疗效观察”、“急症室用中医药治疗50例急性高热的临床疗效观察”等5篇学术论文，分别发表在《中国医药学报》、《中医杂志》等国家级期刊上。

1984年4月，卫生部中医司组建全国中医急症协作组，他被任命为**胸痹（冠心病）急症协作组组长**。经组织全国19个主要省市的调研及近90种省级以上杂志的检索，总

结了20世纪70年代以来中医药诊治冠心病的经验和不足,**提出了"辨证序列方药诊治冠心病"和"冠心病宜从痰论治"的新思路**。确立协作攻关的目标是冠心病的急重危症,采用五结合的技术路线,即继承整理与发扬创新相结合、基础研究与应用开发相结合、科研成果与新药研制相结合、临床验证与实验研究相结合、中医与中药相结合。这条新思路落实在病名规范化、辨证实用化、证候计量化、治疗系列化和实验同步化等方面,其关键在于:辨证序列、整体方案、从痰论治和分辨虚实。

中医病名具有特色,但优势不足。必须规范化才有利于学术的发展和学科的交流。中医没有冠心病的病名,既往均命名为"厥心痛"、"真心痛"、"心痛"、"胸痹"等各种称谓,没有统一。1986年他首次把以仲景《金匮要略》为准,提出**胸痹病相当于冠心病,胸痹心痛相当于冠心病心绞痛,胸痹心悸相当于冠心病心律失常,胸痹心衰相当于冠心病心力衰竭,胸痹心厥相当于冠心病心肌梗死,胸痹心脱相当于冠心病心脏骤停的概念**。这套冠心病规范化的中医病名,经过临床多年的验证,切实可行,已被中医药行业标准和国家标准所采纳。

辨证论治是提高临床疗效的核心,但是辨证尚缺乏更多的客观指标。所以"辨证准"仍是探讨的课题。为此提出了**"病证相配单元组合式分类辨证诊断法"**。即将冠心病的中医证类分成6个单元:"心气虚损"、"心阴不足"、"心阳不振"、"痰浊闭塞"、"心血瘀阻"、"寒凝气滞"。每个单元确立必备的主症和参考的兼症,加上舌脉加以定类,如果症状与舌脉分离则以舌脉为凭,特别是"舍症从舌"。然后根据临床实际,病证相配,加以单元组合。如"胸痹心痛·气阴两虚兼痰浊闭塞证"、"胸痹心悸·心阳不振兼痰浊闭塞、心血瘀阻证"。这套辨证分类法切合错综复杂的临床,比较实用,收到"辨证准"的效应。

证候学是中医的优势之一,临床观察常常疏忽。为了加强证候学的研究,提出计量评分法。从主症、兼症、舌脉3个方面,根据证候程度、出现状态、是否靠药物缓解和是否影响生活工作,从0分至4分5级评分计量,然后统计治疗前后总分之差,评定显效、有效、无效、加重4级疗效。证候计量评分虽然较粗,但开始引入量的概念,有利于较细致地观察证候学变化。以往评定疗效有痊愈或临床痊愈这一档,比较难以达到,又缺乏加重一档,不能反映动态疗效变化。改为4级疗效评定法,能反映临床实际,使疗效评定更加客观化。

中医论治的优势在于整体和综合。**整体就是序列配套的方案**。冠心病的中医病机为"阳微阴弦"。阳微即本虚,主要是心气虚损和心阴不足。阴弦即标实,主要是痰浊、瘀血、气滞、寒凝闭阻心络。"急则治标",注重祛痰、化瘀、理气和温通。分辨寒热,采用喷雾剂剂型。寒证用肉桂为君药,热证用丹皮为君药。"缓则治本",注重补心气和滋心阴,采用口服液剂型。补气以黄芪为君药,滋阴以麦冬为君药。这样,对冠心病的治疗就形成了辨证序列配套的整体方案;**综合就是除药疗外,辅以体疗、意疗、食疗等综合措施**。这些新思路、新方法,充分发挥了中医的论治优势,对提高中医诊治冠心病的疗效颇有助益。

20世纪90年代后期,随着人们生活水准的提高,饮食结构的改变,以及竞争的日益激烈,空气环境的日渐污染,使冠心病的中医证候谱发生重大变化。传统的气虚血瘀或

气滞血瘀证类已较少见，而痰浊闭塞证类却大量增加。因此，**应当大力提倡冠心病从痰论治。其立法应当从“补气活血”转到“补气祛痰”，从“理气活血”转到“痰瘀同治”**上来，采用温胆汤合三参饮化裁的组方。由于切中临床证类，故明显奏效。

他的新思路滋生新成果。两项攻关课题：**“心痛气雾剂临床应用与实验研究”**和**“心痛口服液临床与实验研究”**分别获得1987年度和1992年度国家中医药管理局**全国中医药重大科技成果二等奖。**

他的新思路凝聚新专著。主编**《胸痹心痛证治与研究》**23万字，上海中医学院出版社1991年10月出版发行；**《中医痛证大成》**49万字，福建科技出版社1993年10月出版发行；**《现代中医心病学》**90万字，北京科技出版社1997年8月出版发行；**《今日中医内科上卷》**120万字，人民卫生出版社2000年1月出版发行；**《中西医结合心血管病手册》**37万字，中医古籍出版社2001年6月出版发行；**《中医心病诊断疗效标准与用药规范》**45万字，北京出版社2001年9月出版发行。

研制新药　重振中医急诊

中医急诊是中医学的重要内涵，也是体现中医疗效困难较大的方面。中医急诊有过辉煌的历史，中医两次学术的突破都跟急诊密切相关：张仲景创建中医的辨证论治体系，是从《伤寒论》外感热病上起步的；明清时代“卫气营血”和“三焦”辨证体系的出现也是以“温病”学说为基础。所以中医急诊，无论是理论或临床，疗效或学术都是必须充分重视并努力振兴的学科。

他认为振兴中医急诊要抓好两件事：一是诊疗规范的制订，二是有效新制剂的研制。领导全国胸痹急症协作组18年来致力于办好这两件事。从临床实际出发，经过初稿制订，专家咨询和临床验证，征集意见，试行定稿等各个阶段的认真操作，**“胸痹心痛（冠心病心绞痛）中医急症诊疗规范”**被收入国家中医药管理局颁布的“中医内科急症诊疗规范第一辑”，于1990年7月起在全国各级各类中医医院中实施。其他的诊疗规范如：“胸痹心悸”、“胸痹心衰”、“胸痹心厥”等也已定稿，已申报收入第二辑中。遵循中医辨证论治的原则，以疗效确切，安全稳定为目标，研制成功3个国家级准字号中药三类新药：**“补心气口服液”、“滋心阴口服液”**和**“心痛舒喷雾剂”**，取得了新药证书和3个生产批文，均已由药厂投产面市，收到了明显的效益。为加强对中医药学诊治急重危症的学术和经验的继承发扬，促进中医院急诊科建设和急诊工作的发展，保障中医院急诊科充分体现和系统发挥中医药的优势和特点，国家中医药管理局医政司自1992年起开展了“全国中医院急诊必备中成药”的评审遴选工作，并力图通过行业管理办法，组织推广应用。本人作为专家领导小组副组长积极参与，严格评审，公正竞争。1992年第一次评选15个品种，1995年第二次评选40个品种，1997年第三次评选53个品种。这项工作的开展，受到中医临床、中药生产、中药科研界的高度重视，热情支持和普遍赞扬，对中医急症工作是一次有力的促进和科学的导向。

中医急诊医学是中医临床医学的一门新学科，占有重要的学术地位。为从疗效水平和学术思想上来完善和发展中医急诊医学，由王永炎院士组织编写了我国第一部由中医最高行政主管部门主持，全国百余位专家学者参与编写，收集病证最多（达153种）

的专著——《中医急诊医学》，全书共 94 万字。作为该书第一副主编和统编，他历经三年的辛勤耕耘，终于付梓出版，为重振中医急诊事业尽了一份薄力。

团结协作　探索科工联盟

全国胸痹急症协作组是诊治心病急重危症的科研协作攻关实体，在全国各省市已组建 14 个分组，吸收“二甲”以上中医单位 169 个，形成了包括东西南北中的较广泛的学术网络，其中教授、主任医师职称的 88 名，副教授、副主任医师 108 名，主治医师 51 名，具有较强的学术攻关实力。1998 年又实现了与中华中医药学会内科分会心病专业委员会的学术挂靠，沈绍功先生被推举担任副主任委员兼秘书长，使已经形成的胸痹急症学术网络实施了有力的充值，凝聚了全国诊治心病的大批专家教授，组织了一线的医技人员，收集了最大的信息量，培植了心病诊治的新增长点、交汇点和制高点，为充分发挥中医诊治心病(包括急症)的学术优势打下了坚实的组织基础。

历来认为中医心病皆指“心主血脉”，而常常忽略“心藏神明”、“心为舌苗”、“心液为汗”、“心与小肠相表里”等等的内涵，使中医心病的面被局限，其特色与优势被削弱。为弥补中医心病学术的这一缺陷，利用这个学术网络，组织编写了近 90 万字的《实用中医心病学》，已由人民卫生出版社出版发行，以此促进创建“中医心病学”这一新兴学科，使其学术内涵的覆盖面更加全面确切，有利于心病特色的保持和优势的发挥。

心病学术网络以医疗为主体，具有科技和人才优势。药业公司以工贸为主体，具有资金和管理优势。医学家应当与企业家联手，实现医科药工贸的联盟，以便优势互补，各尽所长，实施多位一体，既为振兴中医急诊医学注入活力，又可适应社会主义市场经济的大潮，并使科研成果及时商品化，获取应有的效益。

在研制开发心病新药和验证、推广心病急诊必备中成药的进程中，吸收企业为成员单位，成为网络中的一员，逐步结成并完善这种联盟。科工联盟对于协作攻关走出经费短缺的困境，促使攻关成果的及时商品化及专著的编写出版，缩短新药研制周期，均有十分重要的意义，使心病学术网络真正成为新颖而富有生命力的科技攻关实体。

言传身教　完善学术梯队

1982 年 2 月卫生部委托广安门医院举办第 5 届全国西医脱产学习中医班，他出任教研组长。此班共培养西学中学员 63 名，学员需脱产学习 2 年。从此沈绍功先生步入中医教学领域，嗣后在急诊科先后接受全国中医院进修生近 20 名；受中国中医研究院培训中心委托举办全国中医急诊研修班共 3 届，学员近 200 名；参加培训中心举办的全国高级中医讲习班 10 届和全国名老中医经验继承班 6 届讲课，学员近 600 名；参加中华中医药学会举办的各类再教育讲课数十余次，学员近千名等等；并根据近 20 余年的教学经验，编写了一套比较实用的讲义，包括中医急诊、心脑血管病、糖尿病、妇女病、肿瘤等，受到学员们的欢迎和好评。

1992 年起开始招收硕士和博士研究生。抓住冠心病诊治的重点，临床与实验同步，采用整体、组织、分子等多层次的研究方法，从事辨证论治、整体和综合方案的研究，并突出从痰论治，分清虚实，偏虚者，补气祛痰；偏实者，化瘀祛痰；开拓冠心病治疗的新途

径，提高疗效，发展学术。

由于中医学是临床应用医学，所以中医学的教学务必从临床实际出发，切忌纸上谈兵，以免误人子弟。讲课的关键内容是中医的辨证论治。根据病证的临床特点，结合个人的经验体会讲解，辨证如何“准”，论治如何“活”。在辨证中，客观分析四诊，归纳比较客观的舌诊和脉象的临床运用特点，他提出“舍症从脉”，更要“舍症从舌”。总结主症的特异性，剔除某些主症的随意性和多属性。对虚实两大类的辨证采用“病证结合单元组合式分类诊断法”更加切合临床错综的证类和适应临床证类的多变性，达到辨证“准”的目的。在论治中，他强调根据中医理论开拓思路，增加治疗手段，是提高疗效的关键所在。由于思路广，方法多，提高疗效的机遇就明显地增加。这套教学方法符合临床实际，使学员学以致用，可以较明显地提升其辨证论治的操作技能。

中医事业的发展需要同仁们的共同努力，中医临床疗效的提高更需要同仁们的众人拾柴，共同积累。因此在教学中他以“无私奉献”的高境界严格要求，非但一丝不苟，更重言传身教、不保守和留手，而是和盘托出，指明差错，毫不保留。长期坚持这种优良的学风，一方面培养了各级各类的中医人才，输送学子，完善学术梯队起了促进作用；另一方面增进了师生情谊，共同为中医事业添砖加瓦，其精神财富取之不竭，难能珍贵。

铭记天职　解除患者疾苦

医者身着白大衣，象征一颗纯洁的心，应该视患者为亲人，不是亲人胜似亲人。医者项挂听诊器，显示高度的责任心，诊病务必认真负责，“救死扶伤”是崇高的天职。40余载的医疗实践，他信奉**“七分靠养，三分靠治”**的宗旨。**养者，心理情志之保养。治者，药物膳食之调治矣**。面对疾苦中的患者，一视同仁，不分高低贵贱，**注重医德**；面对万变的疾病，一丝不苟，钻研医术，**精于遣方**。工夫不负有心人，他在心脏病、脑中风、高血压、肾脏病、呼吸病、胃肠病、关节病、妇女病以及肿瘤病中，处方奇特，疗效显著，有所成果。刻于心间的座右铭为：“全身心地投入，一切为了患者的康复，一切为了民众的保健！”。

60余年的人生，弹指一挥间，回顾著者的经历：在学术上追求创新，事业上追求精品，成果上追求效益，学风上追求实干，处世上追求真诚。逐步登入中医的科学殿堂并立志在这块沃土上耕耘终身。

目　录

路序
王序
前言
著者传略

医理篇

1. 中医急诊医学的学科特色 …… 1
2. 中医急诊医学的基础理论发端于《内经》,形成于《伤寒》 …… 2
3. 中医急诊医学的辨治要点 …… 3
4. 急症辨证的首要是“去伪存真” …… 5
5. 中医内服急救常用八法 …… 6
6. 急救外治法极当发掘 …… 9
7. 中医急诊医学离不开调护配合 …… 11
8. 中医急诊医学古代文献归要 …… 12
9. 中医急诊医学的辉煌与滞后 …… 15
10. 中医急诊医学的研究思路和方法 …… 17
11. 惟有创新方能进步 …… 20
12. 科研的效应不可轻视 …… 23
13. 科研工作既应遵循“自身规律”,又要“洋为中用” …… 24
14. 中西医配合比结合更实际 …… 28
15. 中西医结合不能导入误区 …… 31
16.“整体”、“综合”是两大支柱 …… 32
17. 应当重于“证”而略于“病” …… 34
18. 医药结合的传统不能毁于一旦 …… 35
19. 中医是中药走向世界的前导 …… 37
20. 创建中医实验医学是现代化的急需 …… 38
21. 中医动物实验的必要及其局限 …… 39
22. 第四医学(保健医学)的兴起及中医药的有所作为 …… 41
23. 诊疗标准化是学术发展的标志,学科成熟的标志 …… 41
24.“辨证论治”精髓说 …… 42

25. 倡导“单元组合辨证分类法”,实现辨证的实用化 …… 44
26. 辨证要准,主症要精 …… 45
27. 虚证分四类定五位 …… 46
28. 实证有八大纲目 …… 49
29. 证候学应当计量评分,充分发挥优势 …… 51
30. 四诊的关键在于舌诊 …… 52
31. 脉诊宜粗不宜细 …… 53
32.“舍症从脉”更应“舍症从舌” …… 54
33. 腻苔的危害及其纠正 …… 55
34. 论治宜活及间治取效 …… 56
35. 三十六则补虚法应用述要 …… 56
36. 实证论治六要 …… 59
37. 实证六法四十五则运用 …… 60
38. 虚实夹杂与扶正祛邪 …… 64
39.“健脾”不如“补肾” …… 65
40. 伤寒六经辨治及传变提要 …… 66
41. 温病大法及分类述要 …… 70
42.“伤寒”、“温病”不必争论不休 …… 74
43.“胃气为本”乃治病宗旨 …… 75
44.“木克土”与“木侮土” …… 76
45. 必须制怒乃柔肝之道 …… 77
46. 心与肾的对立统一 …… 78
47. 要重视“升清降浊” …… 78
48.“反佐法”的特效 …… 79
49.“祛风”勿忘“和胃” …… 79
50.“不治已病治未病”的优势 …… 80
51. 十二条基本治则辑要 …… 81
52. 八法妙用 …… 85
53. 本草学是基石但要实用化 …… 88
54. 为“十八反”、“十九畏”正名 …… 92
55. 保健中药细说 …… 94
56.“药食同源”试说 …… 96
57. 应当掌握中药现代药理学 …… 97
58.“用药如用兵”安全第一 …… 98
59. 方剂学的关键是组方特点 …… 100
60. 组方时的中西医配合观 …… 102
61. 方剂的商品化价值 …… 104
62.“丸药缓图”免于病情复发 …… 105

63. 巧伍意、食、体“三疗” …… 106
64.“必先明知其形志之苦乐”的临证价值 …… 108
65.“谨和五味”新释 …… 111
66. 时令节气、地域差异不容疏忽 …… 117
67.“气功”的伪科学性及其科学性 …… 118
68. 应当重视“非药物疗法” …… 119
69. 开发针灸的医疗价值 …… 121
70. 十四经循行规律及分布归纳 …… 122
71.“养身”与“养生” …… 124
72.“养神为本”乃“养生”首义 …… 127
73. 紧扣“五环”进入“起居有常”境界 …… 127
74. 美发五要 …… 130
75. 房事适度和强肾六法 …… 130
76.“女子以肝为本”同“男子以肾为本” …… 131
77.“先天之本”的临床价值 …… 133
78. 命门实为“生命之门” …… 135
79.“心包络”与急症 …… 136
80. 六淫致病说 …… 137
81.“痰浊”乃百病之首 …… 140
82.“瘀血”为病剖析 …… 142
83.“阳微阴弦”是病机总纲 …… 145
84.“急则治标缓则治本”新识 …… 147
85.“胸痹”、“心痛”、“心病”病名考 …… 148
86. 中医病名急需赋予新意且应规范 …… 152
87. 中医脉案的记述要领 …… 153
88. 对“气”的认知 …… 153
89. 新药研制务必“一切服从临床” …… 159
90. 中药产业面临的挑战及思考 …… 161
91.《内经》摘句归类 …… 164
92.“大惑论”剖析 …… 191
93.“举痛论”粗识 …… 195
94.“血痹虚劳病”解读 …… 197
95.《金匮要略》纲要 …… 201
96.138 条中医之最 …… 209
97.“心者,君主之官”的现代观 …… 214
98. 完善“中医心病学”概论 …… 215
99. 心病学科建设应以人为本 …… 217
100. 医者崇德论 …… 218

临证篇

1. 冠心病诊治应辨证序列 …… 221
2. 冠心病提倡从痰论治 …… 223
3. 冠心病治痰宜分清虚实 …… 226
4. 冠心病的辨证施膳 …… 226
5. 冠心病的保健功法 …… 227
6. 止悸治标抓痰瘀治本重阴阳 …… 228
7. 中风成因乃风、火、痰 …… 230
8. 中风多见“痰浊蒙窍”,治重“豁痰醒神” …… 230
9.“化瘀”和“通腑”可提高中风病疗效水平 …… 231
10. 中风恢复期治重“滋水涵木”,不应单一“补气活络” …… 232
11. 中风病的膳食宜忌 …… 232
12. 中风病提倡防重于治 …… 233
13. 高血压不能一味“平肝熄风” …… 234
14. 高血压“毒损心络”观的新思路 …… 236
15. 针药并用巩固降压 …… 238
16. 2 型糖尿病的立法应由传统的养阴清热转到补气养阴上来 …… 239
17. 糖尿病提高疗效的七个关键 …… 240
18. 糖尿病的膳食调理法 …… 241
19. 糖尿病的验方和常见并发症的良方 …… 243
20. 肺系疾病法当祛痰 …… 244
21. 定喘要分辨虚实 …… 245
22. 止咳之道绝非见咳止咳 …… 246
23. 阻断高热发挥辨证优势 …… 247
24. 退热祛邪应当给予出路 …… 248
25. 抽搐之治先追动风之源再定动风之位 …… 249
26. 厥脱证治重“镇肝”、“开窍”、“通阳”及其九法 …… 250
27. 气、血、痰、食、暑、脱六种厥脱诊治 …… 252
28. 癫狂之治豁痰为先 …… 253
29. 脘腹痛寒热虚实之辨和“通则不痛”八法 …… 255
30. 结肠炎的灌肠法 …… 256
31. 吐泻之治:“抓虚实两纲”、“辨寒热两性”、“追痰滞两因”、“纠阴阳两伤” …… 256
32. 痢无止法,通有七则 …… 259
33. 退黄之要在于利湿 …… 260
34. 通便大法寒热虚三要 …… 262
35. 湿温难治 …… 263
36. 肝炎诊治不可只顾湿热 …… 266

37. 肾炎不能单纯健脾温肾 …… 267
38. 血证的分部辨治 …… 267
39. 五类痹证诊治 …… 272
40. 六郁者木郁为先初实久虚 …… 274
41. 十五种汗证及止汗五则 …… 276
42. 淋证辨治之要在乎虚实之异 …… 277
43. 虚劳取效讲究九种兼证的处置 …… 279
44. 月经病调治大法 …… 279
45. 带下病分色论治 …… 282
46. 不育与不孕 …… 282
47. 十二种妇科病家传效方 …… 286
48. 更年期综合征的五个分证论治 …… 289
49. 痛经证的内服外治法 …… 290
50. 胎前产后治则述要 …… 291
51. 儿科治重消导 …… 292
52. 中医对恶性肿瘤的认识 …… 293
53. 六首治癌方与十六味抗癌药 …… 298
54. 原发性肺癌的中医治疗 …… 300
55. 十种良性肿瘤治验方 …… 303
56. 关格治疗大法为降逆通关 …… 305
57. 急性中毒的中医药解救法 …… 308
58. 镇痛应按“性质”、“部位”、“病种”分类论治 …… 313
59. 食疗镇痛 …… 316
60. 针灸镇痛 …… 317
61. 内伤杂病临证首要乃分辨虚实据证论治 …… 320

方药篇

奇方60首奇投
1. 止吐方《伤寒》21首、《金匮要略》14首提要 …… 323
2. 健脾祖方四君汤类 …… 327
3. 补肾效方地黄汤类 …… 328
4. 养血良方四物汤类 …… 329
5. 通腑首方承气汤类 …… 329
6. 清气主方白虎汤类 …… 330
7. 温通要方桂枝汤类 …… 330
8. 回阳经方四逆汤类 …… 332
9. 除烦名方栀子豉汤类 …… 332
10. 泻心汤类的应用 …… 332

11. 建中汤类的运用 …… 333
12. 大、小青龙汤应用之别 …… 334
13. 大、小柴胡汤病位之分 …… 334
14. 大、小陷胸汤破开之异 …… 335
15. 温胆汤痰浊主方 …… 335
16. 逐瘀汤化瘀主方 …… 337
17. 保和丸消食主方 …… 338
18. 三仁汤利湿主方 …… 338
19. 五苓散退肿主方 …… 339
20. 萆薢分清饮除淋主方 …… 339
21. 金铃子散镇痛主方 …… 339
22. 越鞠丸解郁主方 …… 340
23. 酸枣仁汤安眠主方 …… 340
24. 增液汤养阴主方 …… 341
25. 荆防败毒散替代麻黄汤辛温解表 …… 341
26. 辛凉解表仍沿用银翘桑菊 …… 342
27. 抗链丸消咽喉炎 …… 342
28. 急症投"三宝" …… 343
29. 阳和汤宁心悸 …… 344
30. 补心丹提心率 …… 344
31. 宁悸方镇惊悸 …… 344
32. 心衰效方葶苈大枣泻肺汤 …… 345
33. 三参饮治心肝病 …… 345
34. 瓜蒌薤白白酒汤的应用区分 …… 346
35. 珍决汤降血压 …… 347
36. 大雄丸止头痛 …… 347
37. 开窍散熄耳鸣 …… 348
38. 醒脑克栓丸治疗脑病 …… 348
39. 百合固金汤退低热 …… 348
40. 参苓白术散降血糖 …… 349
41. 归脾汤止自汗 …… 349
42. 二仙汤调整内分泌紊乱 …… 350
43. 良附丸止胃脘痛 …… 350
44. 乌贝散消溃疡病 …… 351
45. 蛇蜂汤治疗萎缩性胃炎 …… 351
46. 四逆散排胆石 …… 351
47. 苇茎汤疗肺癌 …… 352
48. 桂枝茯苓丸和子宫肌瘤 …… 352

49. 艾附暖宫丸可种子 …… 353
50. 平胃散治体胖不孕 …… 353
51. 补中益气汤定胎漏 …… 354
52. 羚羊钩藤汤平子痫 …… 354
53. 五子衍宗丸疗不育 …… 355
54. 二至丸乌须发 …… 355
55. 海鹿补肾酒 …… 356
56. 五子饮祛湿毒 …… 356
57. 四妙丸疗丹毒 …… 356
58. 颠倒散外敷治痤疮、酒渣鼻 …… 357
59. 手足皲裂醋泡方 …… 357
60. 乌梅丸妙用 …… 357

妙药百味妙用

1. 用参类须谨慎 …… 358
2. 补气首选生芪 …… 359
3. 云苓药食同用 …… 359
4. 炒白术运脾胜于健脾 …… 360
5. 扁豆衣补气强于化湿 …… 360
6. 仙鹤草扶正优于止血 …… 360
7. 黄精、玉竹有别 …… 361
8. 首乌降脂、通便又乌发 …… 361
9. 熟地慎用，生地多用 …… 361
10. 山药代食降糖 …… 362
11. 杜仲阴阳双补 …… 362
12. 寄生可以强心 …… 362
13. 灵芝补心、消脂又抗癌 …… 363
14. 沙参南北有异 …… 363
15. 麦冬可滋心阴 …… 363
16. 女贞养阴且滑肠 …… 364
17. 牛膝川怀大别 …… 364
18. 川断腰肾专药 …… 364
19. 当归妇科主药 …… 364
20. 鹿茸不能乱用，角霜提倡多用 …… 365
21. 桂枝与肉桂 …… 365
22. 附子类的应用与禁忌 …… 366
23. 三七养血和血 …… 366
24. 丹参“功同四物” …… 367
25. 川芎活血而透窍 …… 367

26. 泽兰活血而利水 …… 367
27. 水蛭无毒 …… 368
28. 地龙剔络祛风湿 …… 368
29. 王不留行活血而疗肾病 …… 369
30. 苏木巧解心痛 …… 369
31. 鸡血藤和血效药 …… 369
32. 丹皮清肝泻火 …… 369
33. 芍药区别投用 …… 370
34. 四种柴胡各有所主 …… 370
35. 枳壳破而不伤 …… 371
36. 菖蒲不仅开窍而且消导 …… 371
37. 郁金理气和血 …… 371
38. 陈皮类的运用 …… 372
39. 香附镇痛主药 …… 372
40. 川楝子清肝 …… 372
41. 延胡索疗痛 …… 373
42. 木香和胃醒脾 …… 373
43. 薤白止心痛用酒作引子 …… 373
44. 瓜蒌全用为宜 …… 374
45. 贝母之别 …… 374
46. 胆星之功 …… 374
47. 葶苈子祛痰须炒用 …… 375
48. 三苏分用 …… 375
49. 桑白皮泻肺力专 …… 375
50. 夏枯草泻肝力宏 …… 376
51. 金钱草利肝湿 …… 376
52. 山楂消食、活血又降脂 …… 376
53. 神曲消食和胃又理气 …… 376
54. 麦芽平缓消导 …… 377
55. 鸡内金消食怕热 …… 377
56. 莱菔子降压不破气 …… 377
57. 钩藤降压应后下 …… 378
58. 苡仁化湿要生用 …… 378
59. 泽泻利湿又降脂 …… 378
60. 车前草优于车前子 …… 379
61. 白花蛇舌草清热利尿不伤胃 …… 379
62. 茵陈清热利湿要后下 …… 379
63. 石韦升血象防伤肾 …… 379

64. 海藻软坚治肾炎 …… 380
65. 蛤壳化痰除苔腻 …… 380
66. 慈姑散结消肿块 …… 380
67. 黄连止心悸 …… 380
68. 黄芩除湿疹 …… 381
69. 黄柏停梦遗 …… 381
70. 知母降血糖 …… 381
71. 栀子通便秘 …… 382
72. 苦参宁悸伤脾肾 …… 382
73. 公英消炎可健胃 …… 382
74. 草决明润肠良药 …… 383
75. 海参肠治痫奇药 …… 383
76. 葛根强心 …… 383
77. 芦根清肺 …… 383
78. 青蒿退热须后下 …… 384
79. 五加类选用 …… 384
80. 菊花类巧用 …… 384
81. 竹子类分用 …… 385
82. 蛇床子并非仅仅燥湿止痒 …… 385
83. 益母草不只用于妇科 …… 386
84. 老鹳草专疗腰痛肢麻 …… 386
85. 伸筋草缓解肌肉紧张 …… 386
86. 苍耳子生用有毒 …… 386
87. 酸枣仁生用兴奋 …… 387
88. 五倍子降糖涩胃 …… 387
89. 甘草绝非"国老" …… 387
90. 生牡蛎软坚祛痰 …… 388
91. 生龙骨宁神止悸 …… 388
92. 珍珠母平肝降压 …… 388
93. 白鲜皮止痒消斑 …… 388
94. 大黄不在通便在泻热 …… 388
95. 麻黄不可妄投 …… 389
96. 防风不仅风药 …… 389
97. 连翘不仅表药 …… 389
98. 金银花炭消炎力强 …… 390
99. 藿香鲜用力宏 …… 390
100. 生姜分类药用 …… 390
101. 效药提要 …… 391

102．传统煎法…… 395

诊籍篇

1．病毒感冒(荆防败毒散)…… 397
2．老年感冒(参苏饮)…… 398
3．暑天感冒(藿香正气散)…… 399
4．经期感冒(小柴胡汤)…… 399
5．“老慢支”合并感染(银翘散)…… 400
6．“老慢支”合并肺气肿(四君子汤)…… 401
7．急性支气管炎(三子养亲汤)…… 402
8．支气管哮喘发热(小青龙汤)…… 403
9．支气管哮喘形寒(右归饮)…… 404
10．肺脓肿(麻杏石甘汤)…… 405
11．肺结核(清燥救肺汤)…… 406
12．冠心病胸憋(小陷胸汤)…… 407
13．冠心病咳喘(麦味地黄汤)…… 408
14．冠心病盗汗(玉屏风散)…… 409
15．冠心病纳呆(温胆汤)…… 410
16．冠心病心痛(血府逐瘀汤)…… 411
17．冠心病心悸(三参饮)…… 412
18．冠心病心衰(真武汤)…… 413
19．冠心病心肌梗死(四逆加参汤)…… 414
20．病毒性心肌炎(炙甘草汤)…… 415
21．高血压性心脏病(生脉散)…… 415
22．风湿性心脏病(苓桂术甘汤)…… 417
23．肾性高血压(二仙汤)…… 418
24．急性脑卒中(导痰汤)…… 419
25．血管神经性头痛(乌梅汤)…… 420
26．2 型糖尿病(补中益气汤)…… 421
27．肥厚性胃炎(半夏泻心汤)…… 422
28．萎缩性胃炎(良附丸)…… 423
29．十二指肠溃疡(香砂六君子汤)…… 424
30．胃肠神经官能症(保和丸)…… 425
31．无黄疸型肝炎(膈下逐瘀汤)…… 425
32．细菌性痢疾(三仁汤)…… 426
33．慢性肾小球肾炎(滋肾通关丸)…… 427
34．泌尿系感染(三妙丸)…… 428
35．风湿性关节炎湿重(茵陈四逆散)…… 429

36. 风湿性关节炎热重(四妙勇安汤) …… 430
37. 风湿性关节炎正虚(防己黄芪汤) …… 431
38. 缺铁性贫血(酸枣仁汤) …… 432
39. 血小板减少性紫癜(归脾汤) …… 433
40. 再生障碍性贫血(黄芪桂枝五物汤) …… 434
41. 低血钾(镇肝熄风汤) …… 435
42. 忧郁症(百合固金汤) …… 436
43. 更年期综合征(桂枝汤) …… 437
44. 闭经(补阳还五汤) …… 438
45. 子宫功能性出血(艾附暖宫丸) …… 439
46. 盆腔炎(附子理中汤) …… 439
47. 子宫肌瘤(杞菊地黄汤) …… 440
48. 急性乳腺炎(五味消毒饮) …… 441
49. 乳腺增生(阳和汤) …… 442
50. 不孕(平胃散) …… 443
51. 不育(知柏地黄汤) …… 444
52. 梦遗(交泰丸) …… 445
53. 梅尼埃病(龙胆泻肝汤) …… 445
54. 鼻衄(泻白散) …… 446
55. 复发性口腔溃疡(导赤散) …… 447
56. 牙周炎(凉膈散) …… 448
57. 肺癌咳血(苇茎汤) …… 449
58. 肝癌发热(人参白虎汤) …… 450
59. 脑胶质瘤(天麻钩藤饮) …… 451
60. 小儿消化不良(健脾丸) …… 452

论 著 篇

1. 24 篇主要学术论文题录 …… 455
2. 16 部主要学术著作提要 …… 456

著者年鉴 …… 459

医 理 篇

1. 中医急诊医学的学科特色

“急诊”是指快速精确地运用四诊，对急诊病员做出观察诊断，确立救治法则并正确遣方选药，以促使病情转危为安的诊疗过程。

“急症”是指急性发病，慢性病急性发作，急性中毒或意外伤害等急需立即采取紧急医疗处置的急重危病证。一般均系病情险恶，脏真受伤，脏器受损，能直接威胁生命的症状。

“急救”是指为抢救患者生命，缓解病情，纠正病势，由逆转顺以及预防合病、并病发生而采取的紧急医疗救护措施。

三个概念既有区别又有内在的联系。中医急诊医学就是建立在上述基础上，运用中医药理论和现代科技手段，研究中医各科急重危症的病因病机、变化规律、诊疗医技、救护措施，以便更有效地抢救生命的一门跨学科的临床医学学科。

中医急诊医学的行为是精速地诊断和积极地抢救急重危症病人的生命，最大限度地减少伤病对机体的损害，并为日后的诊治和康复创造条件。所以它是中医临床医学的首要组成，是中医学术水平的显著标志，是中医学术发展的核心动力。

中医急诊医学的学科特色比较鲜明：

1) **病情危重，证候错杂**。急症起病急骤，或慢病急作。实者痰热腑实，中毒邪盛，气血逆乱；虚者正气亏耗，亡阳亡阴。病情急剧恶化，出现危重征象，常常危及生命，而且证候错杂，虚实兼挟，表里同病，假象丛生，病势逆转，如不抓住主要矛盾，识别真假，区分轻重，把握缓急，及时救治，必定致命，即便是稍有疏忽，也可导致不可挽回的后果。

2) **传变急剧，预后不良**。急症患者正邪悬殊，病理产物丛生，多个脏器受损，因此病情、证情在顷刻之间会有急剧变化，故称之为“暴病”、“卒中”。其传变之急，恶化之剧不可低估，大多预后不良。

3) **应急为先，综合救治**。急诊处置的关键是辨明主症，探明病位，定准病性，找出病机，以便识别其疾病本质、病变的层次和病势的发展，及时采用有效的应急措施，力促转危为安。急诊的处置有三个原则：①强调“急则治标”，应急为先，抢救第一。②采用

综合措施，内治外用齐上，治法互补，提高救治成功率。③配合调护，要顾及急救后的诊治和康复，更要防范其复发。三者缺一不可，这样才能做到"是谓至治"（《灵枢·百病始生》）。

2. 中医急诊医学的基础理论发端于《内经》，形成于《伤寒》

《黄帝内经》中对中医急症有了较详尽的论述，从而奠定了中医急诊医学的理论基础。

在病名上，对某些急症常冠以"卒"、"暴"，如"卒中"、"卒心痛"、"暴厥"、"暴胀"等，虽然较为原始直观，但反映出《内经》对急症的突发性和危重性已有充分认识。

在病因上，外因强调六淫、疫疠之邪，所谓"五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似"（《素问·刺法论》）；**内因注重情志过极、饮食劳倦**，如"故悲哀忧愁则心动，心动则五脏六腑皆摇"（《灵枢·口问》）；"大怒则形气绝"（《素问·四气调神大论》）；"起居如惊，神气乃浮"（《素问·生气通天论》）；"膏粱之变，足生大疔"（《素问·生气通天论》）等。尤其可贵处在于，《内经》阐明了内因、外因间的相互关系："卒然逢疾风暴雨而不病者，盖无虚，故邪不能独伤人。此必因虚邪之风，与其身形，两虚相得，乃客其形。"（《灵枢·百病始生》）。

在病机上强调气机失调。如《素问·生气通天论》曰："阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。"《素问·调经论》云："血之与气并走于上，则为大厥；厥则暴死，气复反则生，不反则死。"《内经》还创造性地把六淫与五脏病机同急症表现结合起来，在《素问·至真要大论》中归纳为病机十九条，其中大半为急症。这些对病机的论述可有效地指导急症的辨证。

在证候上专题讨论了热病、厥病、癫狂、疟病、痛证等急症。虽然没有提出具体的治疗方法，但其分证的原则，正是后世"辨证论治"的导源。

中医急诊的辨证论治体系，形成于《伤寒杂病论》。汉代医圣张仲景著《伤寒杂病论》，后分为《伤寒论》和《金匮要略》两部分。**张师对急诊的贡献有三条**：一是继承了《素问·热论》六经分证的基本理论，把病因、经络、脏腑学说、诊治规律有机地结合起来，对错综复杂的外感热病揭示其发生、发展和诊治规律，提出了切合实际的辨证纲领和理法方药，**开创性地建立了完整的辨证论治体系**，成为中医学术突破的第一个里程碑。二是**建立急诊的动态辨证**。急症变化迅速，传变复杂，只有把握其演变规律，动态辨证，方能提高临床疗效。张师主张"观其脉证，知犯何逆，随证治之。"三是对高热、昏迷、中风、心痛、厥逆、暴喘、暴吐、暴利、急黄、急痛、血证、产后诸急、痈疽等诸多急症，从辨证、立法到处方、用药都**提出了一套切实可行的救治方法**，而且沿用至今仍为有效。如对高热、昏迷创立了清热解毒的白虎汤类和通里攻下的承气汤类，至今仍有效地应用于许多急性传染病和急腹症；对暴利辨治分虚实，邪热毒实者投白头翁汤，阳气内虚者用四逆汤，此二方仍是近代治疗菌痢的效方；对急性黄疸倡立辨别阴阳，采用栀子大黄汤攻下、茵陈五苓散利尿、抵挡汤逐瘀，这些方法用于急性黄疸肝萎缩，可以降低其病死率；对于厥脱，投承气类泄热、四逆辈回阳、辅以灸法举陷，对抢救休克确实有效。

张仲景创建的中医急诊辨证论治体系，无论在基础理论上或临床实践中都是功不可没的。

3. 中医急诊医学的辨治要点

中医急诊的四诊有**八个特色**,即观神色、望形态、审苗窍、验齿龈、察舌苔、闻声息、嗅气味和切脉象。

(1) 观神色

《素问·移精变气论》曰:“得神者昌,失神者亡。”神是人体生理活动的总括,精气亢盛谓之**神旺**,精气虚损谓之**神疲**,而精气衰竭则谓之**神亡**。《灵枢·大惑论》又曰:“目者,心之使也,心者,神之舍也。”因此观神主要观察目之神态,两目灵活,明亮有神,是得神的表现,此正气未伤,预后良好;两目呆滞,目晦少神是失神的表现,必正气已伤,病情危重,预后不良。

色主要反映在面部。一分善恶,二分颜色。面色光明荣润,表明精气未衰,病浅易治,称为善色;面色枯槁晦暗,表明精气已衰,病深难治,称为恶色。赤色主热证,多为痰火和瘀热,两颧潮红则为阴虚火旺;白色主虚证、寒证,突然苍白常为心阳暴脱;青紫主寒证、痛证,多为寒凝血瘀;黑色主虚证、寒证、痛证,多为脏气衰败的危重证。

急诊中观神色对辨证和预后均是首要环节,不可忽视。

(2) 望形态

形体合于五脏,形态反映脏腑的盛衰。形态自如为善。形态躁动不安,坐卧不宁多属阳亢热实;形态沉静倦卧,滞呆懒动多属阴寒内盛;形态仰首,喘促不续或循衣摸床,两手撮空,多属险象。

(3) 审苗窍

七窍之变,常是凶恶之兆。鼻黑如煤是肺绝;突发喉头水肿,耳枯焦如炭色为肾败;耳聋、舌卷、唇青、囊缩为肝厥。

(4) 验齿龈

齿龈反映先天之本与后天之本的盛衰。龈肿、齿衄为胃热伤津,肾阴不足;齿燥如枯骨为肾阴枯竭;齿黑有垢属火盛,无垢为胃肾阴竭。

(5) 察舌苔

舌诊是四诊中最为客观的方法。分察舌苔、舌质和舌体三部分。

1) **舌苔由胃气所生。苔之厚薄可知邪气之深浅**,薄苔为病初邪轻,厚苔为病深邪重,或痰浊、食积闭塞。**苔之润燥可知津液之存亡**,苔滑润,津液未伤或寒湿内盛;苔干燥,津液已耗或阴虚热炽。**苔之偏剥可知病情之虚实**,舌苔剥落,气阴两亏。苔偏于前,

病在上中焦，多见心阴不足，脾胃虚弱或痰浊内盛；苔偏于后，病在中下焦，多见肝肾阴亏或湿热下注。苔色分三种，白苔主寒证，黄苔主热证，灰黑苔主热炽伤阴或阳衰欲脱。

2）**察舌质主要察其颜色和老嫩胖瘦**。淡白舌主虚证、寒证；红舌主热证；紫舌主瘀血或寒凝；老舌为热证、实证；嫩舌为寒证、虚证；胖舌有齿痕多为阳虚寒凝；瘦舌有裂纹多为阴虚内热。

3）**舌体异常有四种**：歪斜为中风先兆或后遗；颤抖为虚风内动；蜷缩为阴阳俱脱；伸长口外，无力回收为疫毒攻心或正气已绝。

（6）闻声息

声息常可反映证之虚实，病之顺逆。声高息粗，语言重浊，多属实证顺象，病为善；声弱息微，语言轻细，多属虚证逆候，病为恶。

（7）嗅气味

气味有助于急症的判断，如口气有烂苹果味常为肝昏迷、糖尿病酮症酸中毒；有尿味常为尿毒症；恶臭味常为癌瘤晚期；有杏仁味常为氰化物中毒；有蒜臭味常为有机磷农药中毒。

（8）切脉象

脉象富有中医特色，在急诊中要辨别6类病脉。疾数脉主热证，迟缓脉主寒证，弦滑脉主痰浊气滞，微细脉主虚证危象，濡涩脉主湿浊瘀血，结代促脉主脏气衰微、心律失常。另外，要注意五脏死脉。心死脉坚而搏，带钩，无圆润之象；肝死脉如循刀刃，弦急，无冲和之象；脾死脉如鸟之啄，坚锐，无有序之象；肺死脉如风吹毛，散乱，无收敛之象；肾死脉如指弹石，夺索，无柔润之象。

中医急诊的辨证有5个关键，即重急断、抓主症、辨主次、察异同和判顺逆。

1）**“重急断”**。急诊病人常常危、凶、险、逆丛生，医者应当以“急救护命”为首任，切不可一味追求确诊、强调辨证而丧失回生时机。但也不能忽视确诊和辨证的重要作用，要处理好两者的矛盾，合理兼顾。也就是一方面迅速简捷地采集病史，收集四诊信息，边诊查，边分析，边确诊，边处置；另一方面要及时处置病人最危及生命的环节，并做好病情记录，这称作“重急断”，诊救并重。

2）**“抓主症”**。主症是指表现最突出、患者最痛苦的症状和舌脉。临床表现最直接的外在表象即临床表现称做“病象”。主症必须通过病象方能反映，它是急诊诊断辨证的基础。病象辨证是首要的手段，但绝不是惟一的方法，还应结合微观的理化检查结果，两者互参方能准确地做出诊断和辨证。所以“抓主症”的概念，除病象外还不能忽视微观检查中的特殊反映，如CT、磁共振、超声、内镜等。

3）**“辨主次”**。明辨主次就是要找出急诊的主要矛盾，也就是危及患者生命的关键环节。既要实用简洁而迅速的临证诊查，还要结合中医的整体观、动态辨证观等，辨析

其病因所属、病位所在、病性虚实轻重和病势顺逆，特别要重在辨析邪正对比、脏器真气存亡、标本缓急、表里先后、寒热真假、虚实进退以及气机逆乱等。

4）**“察异同”**。中医急诊具有错综疑似、多变诸特点，同一诊断辨证在不同条件下表现会有差异，而不同的诊断辨证，亦有共同的见证；同时得病会有程度的轻重、病位的深浅、标本缓急的先后和阴阳寒热多少之异；有的合病，有的并病，纷纭繁杂。所以对急诊必须运用“察异”、“观同”类比分析的思维方法，去伪存真，去粗存精，具体病情具体分析，从而明辨确诊，得出正确的诊断和精当的辨证。

5）**“判顺逆”**。急救关键在于及时阻断病势的逆转，纠正逆、险、危、重病候，使之转向顺候，所以判断顺逆非常重要，转逆为顺更为首要。一般常见的危逆之候有：昏迷不语，烦躁不安，面色苍白，两目内陷，汗出如油，肢厥如冰，少息抬肩，二便失禁，爪甲紫暗，舌晦蜷缩，脉象微弱散乱等。

中医急诊的论治应抓住“急救为先”、“重视反治”、“综合处置”、“识变防复”四个要点。

1）**“急救为先”**。“救死扶伤”是急诊论治中的最高准则。提高抢救成功率，降低病死率和减少致残率是急诊论治的最终目的。因此急救成为急诊论治的“当务之急”，最为首要，一名优秀的急诊工作者，满脑子应当想到如何阻断病危，抢救生命。

2）**“重视反治”**。反治者即是顺从病象而确立的治法。急诊假象丛生，辨别真伪十分必要，反治法是识别假象、抓住真情而设立的针对疾病本质的治法，是急诊起死回生，转逆为顺的有效治法。常用的反治法正如《素问·至真要大论》提出的四法，即热因热用、寒因寒用、塞因塞用、通因通用。

3）**“综合处置”**。急诊症情错杂，变化多端，为提高救治效果，势必综合处置，不能单一口服汤剂。综合处置是中医的又一特色和优势，在急诊中更能发挥其长。综合处置指多途径多剂型的给药方式，内治与外治结合，药物与非药物结合的治疗方法。

4）**“识变防复”**。脏腑均有逆变的先兆，比如心者发绀、短息，肝者麻木抽搐，脾者暴泄削瘦，肺者喉鸣喘逆，肾者肿满形寒，胃者噎膈呃逆，膀胱者尿少癃闭等等。善于识别变证，及时采取措施，对于防止病变的恶化，至关重要。这就是中医“已病防变”的治疗思想。急诊的善后也要重视，否则会有较大的复发率，特别要防止食复、劳复和房复。

上述中医急诊的辨治要点，仅是原则性的提示，其具体应用与操作将在下述条目中进一步阐明。

4. 急症辨证的首要是“去伪存真”

急症是一群急重危的病证，病象错综，病性险恶，病势善变，常可危及生命，特别是失治或误治延误病机，更能使患者置于死地。因此其识证的首要在于“去伪存真”，辨别本质。

例如：高热患者出现四肢厥冷的寒象，甚至厥冷已逾腕踝，此时应诊察心腹肌肤，如

切之灼手加之苔黄质红,则可断定厥冷系假象,内热是本质,所谓“热深厥深”矣,切勿见假寒而投热药,仍需以寒凉药直折其热,如白虎汤、三黄辈等。又如不少老年胸痹患者,发作心绞痛时常伴有烦躁面红的症状,此时应询其发作是否以寒冷为诱因,再诊舌脉,如见脉沉苔白,则可判别烦躁面红系假象,内寒是本质,所谓“真寒假热”矣,切勿见假热而投凉药,仍需以温通药直驱其寒,投仲景“乌头赤石脂丸”、“栝蒌薤白半夏汤”类。

老人腹泻一证大多脾虚肾亏,常法当补虚止泻。经问诊,如伴腹痛、便带黏冻,甚至脓血,苔腻脉滑,系湿热下注,肠中积滞所致,无虚象可言,仍当清利导滞,用白头翁汤、葛根芩连之类,所谓“痢无止法”。一见血证,大多止血为先,投补气摄血、温阳敛血或清热凉血之剂。经望诊,如见出血瘀块发暗,舌紫脉涩,系瘀血阻络,血运离经所致,仍当活血化瘀,用桃红四物和膈下、血府、少腹三大逐瘀汤,所谓“瘀血不去,血不归经”矣。

急症临床,识别假象,辨明本质,必须依靠四诊的参合,特别不能忽视察舌诊脉的关键。

5. 中医内服急救常用八法

中医内服类急救疗法历史渊源可以追溯到先秦时期,当时在《五十二病方》、《黄帝内经》里已经记载了多种急诊方剂,而且运用了汤、散、丸、酒、醋、药熨及油膏等多种剂型。如《内经》中惟一立法的几张方子,均治急症:《素问·腹中论》“四乌鲗骨一藘茹”即海螵蛸和茜草,专治伤肝而闭经、腹中血病也。《素问·刺法论》“小金丹方”用于却疫之方。《素问·病能论》“生铁落”专治郁怒伤肝而癫狂。**第一次将急症方剂纳入急诊的辨证论治理论体系中,使理法方药一脉贯通的系东汉末年张仲景所著的《伤寒杂病论》。**仲景组方强调方证的统一性、系统性和序列化,证为方据,方为证用,一证一方,有其证设其方,组方严谨,药味精当,而且重视药证之间,主辅之间的数量变化,其变主治亦变,有高度的方证对应性。仲景在药味配伍上还巧妙地利用其协同关系、相反相成关系,互为利用,合力组方,明显提高疗效。他创立的经方治疗急症如桂枝汤类、麻黄汤类、柴胡汤类、栀子汤类、泻心汤类、白虎汤类、承气汤类、四逆辈等沿用至今,仍为效方。

晋代葛洪所著《肘后备急方》是第一部急诊方剂专著。首次提出“成剂药”的概念,是急诊应用中成药的先河。书中还收载不少单方验方,如黄连解毒汤、葱豉汤等。隋唐时期的名著如孙思邈的《千金要方》和《千金翼方》、王焘的《外台秘要》,掀起了内服急救法的第二次高潮。隋唐医家在急救法上的成就有三条:一是突破《伤寒论》急救辛温回阳的旧框,创立清营凉血法,如创组犀角地黄汤和紫雪散等,成为温病学派组方的渊薮。二是大力推广中成药,《外台秘要》卷三十一专门论述制剂,主张急救采用丸剂、散剂、膏剂和酒类。《千金方》则首次提倡“煮散”剂,如续命煮散。三是创立的许多急症新方剂成为后世各方的祖方,如“漏芦连翘汤”是解表清里的祖方,“生地黄煎”是清热养阴的祖方,“大、小续命汤”是治外风的祖方。而且发明了芳香开窍急救法,如《外台秘要》的吃力伽丸是苏合香丸的祖方。宋元时期由于政府的倡导,内服急救法得到了飞速的发展,

其有三个标志:①《太平惠民和剂局方》成为制备中成药的规范,使中成药成为内服急救的主体剂型,特别提倡丸散剂,把内服散剂改良为调服散、煮散和唑散三种剂型,大有取代汤剂的倾向,而且为后世传下了众多有效的制剂,如川芎茶调散、藿香正气散、至宝丹、平胃散、凉膈散、五积散、人参败毒散等。②创建重用芳香和矿物类的急诊方剂,如局方黑锡丹。③金元四大家的学术争鸣,大大丰富了急诊方剂的门类,如张从正提出的“急方”新概念,主张急症急治,汤散荡涤;朱震亨创建的滋阴降火、化痰理气和泻火消食治法;刘河间创组效方防风通圣散、地黄饮子;李东垣创立生脉散等,都对中医急诊做出了贡献。

明清时期对内服急救法做了全面整理和充实。明代两部方书巨著《普济方》和《医方类聚》,前者集方六千余首,后者聚方万余首,成为明代以前急诊内服方剂的最大资料库。明清对急诊的最大发展是温病学说的迅速崛起,其始于明末吴又可的《温疫论》,率先突破《伤寒论》的旧说,创建名方“达源饮”。延至清代,温病学说已经形成完善的理论体系。明清医家的另一个成就是在积极应用中成药的同时,重振汤剂的主体性,**强调内服急救法的辨证论治原则,树立了以理法方药严密组合的汤剂为主,辅以中成药,并采用多种综合措施的内服急救法新模式**,并一直延续至今。这期间还出现不少新的效方如银翘散、清瘟败毒饮、安宫牛黄丸、清营汤、清暑益气汤等。

回顾内服急救法的历史沿革,继承先贤的宝贵经验,结合目前临证的实践,可以把内服急救归纳为固脱、醒神、宣透、清解、活血、攻下、吐洗和探病八法。

(1)固脱法

固脱法采用固护元真的药物,回挽元真耗脱的危证,系常用的急救法。元真有阴阳之别,又可细分二法:

1)回阳救逆:脏真衰耗,元阳脱竭,神志昏蒙,面色苍白,汗出如油,四肢厥冷,两便失禁,脉微欲绝,系亡阳脱证,急当回阳救逆,重用独参汤、四逆汤、参附汤之类。其中生晒参重用250g,浓煎灌服,或以参附针60ml加入液中静滴,紧急时小壶输入4ml。

2)敛阴救逆:亡血伤津,耗精损液,神蒙烦热,气粗难续,汗出不黏,渴喜冷饮,舌干红或黑,脉数无力,系亡阴脱证,急当敛阴救逆,重投生脉散、三甲复脉汤之类。其中麦冬重用60g、五味子或生白芍重用30g,或以生脉针40ml加入液中静滴。

(2)醒神法

醒神法也称开窍法。采用芳香透达之品开窍醒神,或强心固脱之味维系元神。视窍闭的属性,分为三法:

1)凉开热闭:温邪热毒,内陷心包,神昏谵语,壮热痉厥,苔黄腻质红绛,脉滑数,系热毒闭窍证,投安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹,或以清开灵针60ml加入液中静滴,紧急时小壶输入2ml。

2)温开寒闭:中寒、中风,湿痰厥闭,突然昏倒,神昏不语,牙关紧闭,心腹卒痛,苔

白腻脉紧迟，系痰浊闭窍证，投苏合香丸、玉枢丹。

3）强心壮神：邪炽伤正，危证攻伐，精气神俱败，心气衰竭，神明失主，昏萎不振，四肢厥冷，恶寒倦卧，舌嫩胖，脉微弱，系元神散陷证，投生脉散、《伤寒六书》的回阳救急汤或交替输生脉针 40ml、参附针 60ml。

（3）宣透法

宣透法采用宣通透泄之品，导邪由肌出表、由脏出腑、由经出络的驱邪急救法。临证时因宣透部位不同，又分三法：

1）宣肺透邪：风寒郁肺，宜辛温解表，用桂枝汤、荆防败毒散；风热袭肺，宜辛凉解表，用银翘散、桑菊饮；暑湿恋肺，宜清暑解表，用香薷饮、藿香正气散；时疫毒肺，宜辛透双解，用双解散；水停肌肤，宜开鬼门、洁净腑，用越婢汤。

2）宣上透下：表里受邪，恶寒发热，头痛眩晕，口干便秘，苔薄黄腻，脉浮紧数。宜宣解于外，透清于内，用《宣明论方》的防风通圣散。

3）宣毒透斑：邪毒结于孙络，聚于肌腠，斑疹不透，苔薄黄，脉浮数。宜宣散解表，清透瘀毒，用《医宗金鉴》的宣毒发表汤。

（4）清解法

清解法也称清热解毒法，为采用寒凉泄热、解毒达邪的药物治疗热病的方法。视热邪之别而分四法：

1）清解气热：热滞气分，正邪交争，壮热头痛，烦渴引饮，大汗脉洪，舌苔黄燥。宜清热生津，透解阳郁，用白虎汤、竹叶石膏汤。

2）清解血热：热滞营血，内伏不发，身热烦渴，谵语不眠，或斑疹隐现，舌绛而干，脉象细数。宜清营凉血，泄热透邪，用清营汤、犀角地黄汤。

3）清解湿热：湿与热结，缠绵难解，头痛身热，午后为重，胸闷不饥，面色淡黄，舌白不渴，脉来濡软。宜清热利湿，宣畅三焦，用三仁汤、甘露消毒丹。

4）清解毒热：毒热蕴于三焦，炽热烦狂，口燥咽干，谵语不寐，溲赤便结，吐衄发斑，痈肿疔毒，舌红苔黄，脉数有力。宜泻火解毒，上焦宜宣，中焦宜调，下焦宜泄，用黄连解毒汤、普济消毒饮。

（5）活血法

活血法采用透络祛瘀的药物治疗瘀血内停的方法。视瘀血的不同病情、病位，细分五法：

1）祛痰活血：痰瘀互结，脉络不通，胸膈痞塞，头晕纳呆，苔腻舌紫，脉弦而滑。宜分清痰瘀之偏重，以祛痰为主或以活血为主，用导痰汤，膈下逐瘀汤。

2）通脉活血：脉络瘀阻，脏腑失养而虚损，脉道细急而疼痛。宜透络通脉，寓补于通，用血府逐瘀汤。

3）凉血活血：血热互结，内伏不透，迫血妄行，身热夜甚，口渴引饮，肌肤发斑，舌红苔燥，脉洪数实。宜清热凉血，活血解毒，用化斑汤、清瘟败毒饮。

4）解毒活血：血毒互结，停积弥漫，身热微恶寒，疹斑显现，疮疡肿毒，红肿热痛，苔薄微黄，脉数有力。宜清热解毒，活血透滞，用仙方活命饮。

5）止血活血：瘀血阻络，血不归经，小腹疼痛，出血紫块，或产后恶露，苔薄舌紫，脉涩不畅。宜活血透络，祛瘀生新，用生化汤。

（6）攻下法

攻下法采用通便下积，泻热逐水的药物治疗燥屎、停水证的方法。攻下法常易伤正，应中病即止，补虚善后。

1）通腑逐结：里热实结，胀满燥实。宜通腑逐结，因势利导，寒下用大黄附子汤，热下用承气汤类。

2）泻热逐水：水饮互结，停聚胸腹，泛溢肌表，尿少尿闭。宜泻热逐水，用十枣汤、舟车丸。

（7）吐洗法

吐洗法是清除邪浊的方法。

1）吐法：痰浊、宿食、毒物等有形实邪留滞咽喉、胸膈、胃脘，常用催吐法引邪上越，随呕吐排出体外，可试盐汤探吐术，方用瓜蒂散、参芦饮。

2）洗法：邪毒外滞肌表，内留胃脘，可用洗胃术、皮肤清洗术等驱之。

（8）探病法

在病情错杂，虚实寒热难明，病在疑似之时，可以投相应之法试探，也称诊断性治疗。比如疑似虚证，先轻以消导之剂，若消而不效，即知为真虚。反之疑为实证，先轻用温补之品，若补而生滞则邪实无疑。假热者略投寒凉必呕恶，假寒者略用温剂常烦躁，立判其病证。但探病法用之宜谨宜轻，切勿贻误病情，甚至误治。

6．急救外治法极当发掘

外治法是中医急救的重要组成，其方法多样，使用简便，收效较快，是内服法所不能取代的，而且外治法有多种先导于西医急救术的辉煌历史，只是在近代被误视作“落后”而疏于应用，中医急救术强调综合施治，故急救外治法应大力发掘，继承提高，推广应用。

先来看看急救外治法的历史。其起源要早于内服法，早在石器时代就有按摩、导引等物理疗法；人类发明用火之后，便产生了火熨疗法。最早的医疗工具砭石用于刺开脓肿，以后发展成骨针、铜针、铁针、银针等，并随之扩大了外治急症的范围。最早的临床

医学文献《五十二病方》中载方283首，外治方占四分之一，采用熏、浴、涂、酒擦、敷等方法。《史记》记载扁鹊治虢太子尸厥证，采用针刺、药熨和内服等综合措施。《黄帝内经》则介绍了浸渍、热熨、热浴、烟熏、涂敷、膏贴以及针灸术、放血术、穿刺术等多种外治急救法。东汉张仲景著《伤寒杂病论》，倡用外治法，常以气味浓烈的药物舌下含化，灌鼻、吹鼻以及外熏、外贴、外洗等法来救治危重证，如用"桂屑着舌下"救尸厥，并配以针灸、灶灰温暖肢体等法提高抢救成功率。**张仲景还是胸外心脏按压和人工呼吸术的先驱者**，他在抢救自缢者时的方法为："一人以手按其胸上，数动之；一人摩捋臂胫屈伸之"。

晋隋唐时期对急救外治法有贡献的有三位代表医家：一是葛洪，著《肘后备急方》，对张仲景的人工呼吸法作了改进，第一次提出口对口吹气人工复苏术，"塞两鼻孔，以芦管内其口中至咽，令人嘘之，有顷，其中砻砻转或是通也。其举手捞人，当益坚提持，更迎嘘之"。**他还发明了烧灼止血法和以去节竹筒置患部，灌注熔蜡和蜂蜜作简灸的蜡疗法。葛洪还是放腹水术的第一人**，在《肘后备急方·治卒大腹水病方二十五》中指出放腹水的适应证是发汗后腹水不减反增，施术部位在脐下二寸，深度以入腹数分，令有水出，以腹围减小为度。他还是小夹板固定术的发明者，以竹筒固定骨折，简便易行，实用有效。《肘后备急方》中还载有取嚏、催吐、热熨、艾灸、放血、吹耳等多种外治法，所以是一部珍贵的急救专著。另二位是孙思邈和王焘。**孙思邈**的《备急千金要方》和王焘的《外台秘要》除了收集大量的外治急救法和救治溺水者采用排除积水、人工呼吸及保暖的综合急救外，还**第一次倡用导尿术**。"以葱叶除尖头，由入茎孔中吹之，初渐渐以极大吹之，令气入胞中，津液入便愈也。"

宋金元时期第一次采用了鼻饲术。北宋《圣济总录》记有："治中风急""若牙紧不能下，即鼻之灌之""用青葱筒子灌于鼻内，口立开，大效"。金·张从正对此术加以改进，"取长蛤甲磨去刃，以纸裹其尖，灌于右鼻窍中，果然下咽有声。"元代危亦林在骨折整复术中，对剧痛造成休克"用盐汤与盐水与服，立醒"，则是西医治疗休克补充血容量、输生理盐水方法的雏形。宋代的宋慈著有法医专著《洗冤集录》，专设"救死方"一章，收集不少急救方法，如解救砒霜中毒，"取鸡蛋一二十个，打入碗内搅匀，入明矾三钱灌之，吐则再灌，吐尽便愈。"救治毒蛇咬伤，"立即将伤处用绳绢扎定，勿使毒入心腹；令人口含米醋或烧酒，吮伤以拔其毒。随吮随吐，随换酒醋，再吮，候红肿消为度。吮者不可误咽毒汁防止中毒"。

明清时期，吴师机著《理瀹骈文》，集外治法之大全。他首先总结前人的外治经验，如《内经》用桂心渍熨寒痹，用白酒加桂以涂风中血脉；《伤寒论》中有赤豆纳鼻，猪胆汁蜜煎导法和火熏令其汗；《金匮要略》用盐附堪摩，矾浆浸法等。其次对内病外治的作用机理、制方遣药、敷贴俞穴等作了系统的理论性阐述，形成了理法方药完整的外治法学术体系。例如他治咳喘证的穴位敷贴法，多取芳香、虫类、刺激性强烈的生猛药味，分辨寒热，"熟于《内经》经络"，"与针灸取穴同一理"，将药物置于"经络穴道"，"每门以膏为主，附以灸、搐，熏、擦、熨、烙、渗、敷之药佐之"。《理瀹骈文》还介绍洗、坐、导、刮痧、火罐、推拿等数十种外治法。特别一提的是随着明清温病学说的发展，不少医家将疫疠为

病归为"痧证"，出现了《痧胀玉衡》、《痧喉正义》、《痧证全书》等专著，并掀起刮痧放血等外治急救法，所谓"痧在肌肤者刮之则愈，痧在血肉者放之则愈，此二者皆痧之浅者。若采痧之深重者，非药石不能救醒，则刮放之外，又必用药以济之"。

急救外治法既可回阳救逆，又能排除邪毒，通窍启闭，疏利三焦，是中医富有优势的特色疗法。现结合近代临证实际，总结十二法，以作继承发掘之尝试。

1）针刺法：是最常用的急救外治法。《针灸便览》中有精当的论述："缓病仍以方药治之，急症即以针法奏效"。针刺急救特别适用于昏迷、中风、厥脱、热病、痛证、吐泻、癃闭、暴喘等急症。

2）艾灸法：常常同针刺相辅相成，结合应用，现代还发展到红外线频谱仪、激光针等。灸法可通阳活血，散寒降逆，可用于厥脱、虚寒、痹证、哮喘、下垂、吐泻及脘腹疼痛。

3）拔罐法：现代已发展到吸罐法、走罐法等。因其温经通络，活血祛风，而用于痛证、痹证、外感等。

4）灌肠法：由于肠道吸收优于胃部吸收，故凡口服急救法均可改用灌肠法，目前已发展为直肠点滴法和肠道透析法。

5）药熨法：又称热熨法。将药物加热后布包或渍热药汤，敷于体表达到治疗目的，常用于痹证、痛证、泄泻、臌胀、二便不通等。

6）敷贴法：将药物敷贴于患处或穴位的一种治法，目前已发展到透皮缓释法，可用于感冒、中暑、哮喘、痹证、痛证和尿闭。

7）熏吸法：采用药物加热后的蒸气熏蒸全身或患处，或从口鼻吸入的一种治法，可用于发热、头痛、水肿、痹证、鼻病和尿闭。

8）催嚏法：将芳香类药物研成极细末，吸入鼻内，刺激鼻黏膜并使之吸收，取其不断地打喷嚏以治疗疾病，用于感冒、中暑、头痛、气厥、癃闭以及开窍醒神。

9）擦牙法：用通关之药物（冰片、胆星等分共研细末）擦于牙上，或用苏合香丸抹擦臼龈，使昏迷患者口噤自开，苏醒神志，适用于中风、痉病、惊厥等。

10）含化法：又称噙含法。将药物噙在口中含化，通过口腔黏膜和舌下静脉吸收而达到病所，取效迅速。近代已发展为舌下含药或舌下喷雾。

11）刺络法：也称刺血术或放血疗法。用三棱针刺络泻血除滞，祛结而泻邪，刺络之位视病性病情而定，常用尺泽、郄中、少商、委中等穴。

12）刮痧法：是简易的急救外治法。由中暑、急性感染、中毒、日射病等引起的组织缺氧缺血而头昏脑胀，烦躁心悸，呕恶腹泻，呼吸困难，面色青紫，四肢麻木，小腿转筋，甚至神昏厥闭，均可刮痧而头清神爽，减轻疾苦。刮痧的工具可选用牛角、玻璃汤匙、纽扣等。刮痧的部位有第七颈椎上下左右，喉骨两侧，两臂和两腿弯，前胸和后背肋间，脊椎两旁，两足内外踝后的跟腱，左右胁下及两肩胛岗上和岗下。

7. 中医急诊医学离不开调护配合

调摄和护理也是中医急诊医学的重要组成。急症来势猛，变化速，发展快，病情重，

险象多,预后差,常常危及生命。急症急救急治,除及时采取综合疗法外,特别要强调护理的配合,医护结合,双管齐下,方能避免功亏一篑,救急转危。

调护的首要原则是"辨证施护",同治疗一样,应当根据不同的证候分类实施相应的调护方案,切忌千篇一律,采用一种模式。如外感高热不能动辄冰袋或酒精擦浴物理降温,如果外感表邪未清,特别是风寒束肺的证类,用之反而表邪冰伏,加重病情,应当用辛温解表之品蒸熏则利于表解热退。再如血证不能一味见血止血,如果是血瘀内阻、血不归经的血证,应当用活血化瘀药,祛瘀生新,引血归经,当投血余炭、花蕊石、丹参之类。再如汗证亦不能见汗敛汗,虚脱大汗可以扑煅龙骨粉、五倍子粉等外用止汗。但实热大汗,用之反而闭邪塞表,甚至深入营血,煽风动血,病情骤增。

饮食调护也要遵循辨证的原则,所谓"辨证配餐"。热证忌辛辣助火之品,宜寒性凉性食物;寒证忌生冷瓜果及寒性凉性食物,宜热性温性食物;阳虚忌寒冷,阴虚避温热;湿热证忌油腻滋补;中风病忌辛辣刺激,助火动风之品;斑疹者忌鱼虾腥味。

食疗是调护的重要内容,如秋梨生肺津,鲤鱼消水肿,白果定咳喘,莲肉补心气,桑椹养肝血,甲鱼滋肾阴,山药益脾阴,生姜止呕吐,苡仁解湿毒,桃仁通便秘,白菊花清头目,莱菔子降血压等。

急症病人情绪容易激动,思想负担较重,恐惧感较明显,要发挥意疗的作用,医护人员要讲**"三心":务必耐心冷静、细心诱导、热心帮助**,使之情绪稳定,心态平衡,安渡险关。

急诊调护的要点在于:**一望二询三辨证**。一望即是看患者的神志、头发、面色、形态、皮肤、口腔和舌象;二询即是问清既往史、个人史、发病史和治疗史;三辨证即是分清表里、寒热和虚实的证候分类。

8. 中医急诊医学古代文献归要

中医急诊医学重要的具有代表性、创新性的古代文献共有 18 部。为了便于重温古代医家对中医急诊医学的贡献,利于继承,重于发扬,有必要对其归纳整理,提要展示,简作一次文献学的研究。

战国前期《五十二病方》,根据长沙马王堆汉墓出土的帛书整理,是迄今早于《内经》的第一部医著,书中记有"心痛"、"腹痛"、"痉"、"瘅"等急症病名及镇痛、止血等经验方药。

春秋战国《**黄帝内经**》,分为《素问》和《灵枢》两部分,**第一次建立了中医急诊医学的理论框架**,非但记载了卒痛、卒中、高热、出血、风水、厥、痉、疟、洞泻、黄疸、癃闭、关格、疫疠、惊狂、癫病、息积、伏梁等急症病证,而且对急症的病因病机、病象病势、诊断治法、转归预后、护理预防均作了详尽的描述,成为后世理论的渊源。如《素问·至真要大论》的病机十九条中大半为急症,"诸气膹郁,皆属于肺"、"诸湿肿满,皆属于脾"、"诸热瞀瘛,皆属于心"、"诸痉项强,皆属于湿"、"诸逆冲上,皆属于火"、"诸躁狂越,皆属于火"、

“诸暴强直，皆属于风”等。《素问·举痛论》列举十余种急痛的表现和病机，特别强调“寒气入客”是卒痛的病因，“气血凝滞”是其病机，成为温通止痛法的渊源。《素问·热论》更对热病的概念、病因、传变、治法等作了详细论述，是后世治疗外感热病的先河，特别是“人之伤于伤寒也，则为热病”以及“三阳病证”均是仲景《伤寒论》的奠基。

东汉·张仲景著《伤寒杂病论》，后分为《伤寒论》和《金匮要略》两部分。前者为外感热病的专著，全书 10 卷，22 篇，397 条，列方 113 首；创立六经辨证法，系中医辨证论治的导源；其所设辛温解表麻黄汤类，清热保津的白虎汤类，急下存阴的承气汤类，益气定悸的炙甘草汤以及回阳救逆的四逆辈，至今仍为抢救急危症的有效方剂。后者论述以内科杂病为主，兼及外、妇科杂病，为临床医学奠定了基础；全书 3 卷，25 篇，共 40 个病，398 条文，205 首方剂，其中不少是实用有效的急症方剂，如治疗肠痈的大黄牡丹汤，止吐的半夏泻心汤类，治胸痹的瓜蒌薤白汤类，退黄疸的茵陈五苓散，治痛经的温经汤，止便血的黄土汤，治肺痈胸水的葶苈大枣泻肺汤等。

晋·葛洪著《肘后备急方》。肘后者，随身常备，备急者临时急用之意。该书首次以急诊手册的形式论述简、便、廉、验的应急处理方法，并集魏晋南北朝各代诊治急症的精华，收有熏洗、吸入、佩带、敷贴等外用方 346 首，书中载有“卒心痛”、“卒腹痛”、“卒霍乱”、“卒中食毒”、“卒中恶化”等几十种急症的治疗方药，均启发于后世，还组方“葱豉汤”等效方，专除风寒外感表证。

隋·巢元方等著《诸病源候论》，是第一部论述病因学、证候学的专著，共 50 卷，67 类，1739 种病证，涉及急症者 300 余种，对其病因、病机、病变分类详析。如对传染病突破六淫学说，认为是“乘戾之气所致”；炭疽系接触传染；食物中毒要用催吐、泻下、解毒之法可愈；在外科急症上则开创了扩创引流术。

唐·孙思邈撰《备急千金要方》和《千金翼方》，各 30 卷，系统总结唐以前的医学成就。凡 421 门，含方、论、法近 8000 余首，特别载药 65 类 800 余种，被民间尊为“药王”。其中专为抢救急重危症而“备急方”27 首。孙氏强调综合疗法，大量采用熏洗、口吹、鼻闻、敷贴、导摩、针灸等法，简便易行，收效迅速。如对“卒死”，内服还魂汤，外敷仓公散，兼以针灸苏醒。创组的犀角地黄汤则成为急救热入营血，神昏谵语的代表方。在急救术上他还是世界上采用导尿术的第一人。

唐·王焘撰《外台秘要》，汇集唐以前数十种医著分类编成，是中医的方书名著。共 40 卷，分 1104 门，先论后方，不收载针法资料，收集医方 6000 余首，非但发展了急症综合急救的理论，而且使急救方法更加丰富。特别创组清热泻火专治热毒血证的黄连解毒汤，而失笑散则是止血瘀诸痛的效方。

宋·和剂局编《太平惠民和剂局方》。和剂局是宋代官府设立的药局，专司药材和药剂的经营。《和剂局方》是第一部成药处方本。共 10 卷，附“指南总论”3 卷，分 14 门，载方 788 首。其重要的贡献是创组治疗神昏窍闭的开窍醒神急救药，即至宝丹、紫雪丹和苏合香丸，仍为后世急救之必备。其创组的参苏饮也为后世虚人、老人外感表证组方的准绳。藿香正气散则为风寒外感、湿滞内伤组方的示范。川芎茶调散则为外感风邪止

头痛效方。凉膈散系热病泻火通便的验方。

金·刘完素撰《素问玄机原病式》,共2卷,提出“六气皆从火化”的病机观点,形成了以火热为中心的六气病机学说。倡导辛凉解表和泻热养阴疗热性病的治法,成为寒凉派的创立和代表者,为后世的温病学派奠定了理论基础,其所创舟车丸成为行气逐水的名方。

金·张从正著《儒门事亲》,共15卷,分10门。认为六气致病主要是邪气的入侵,提倡“治病应着重在驱邪,邪去则正安,不可畏攻而养病”。主张应以汗、吐、下三法驱邪,特别是催吐、泻下两法治疗急症收效最速。其用药多重寒凉,偏攻而慎补,独创攻下派。其所创木香槟榔方专治积滞内停的腹痛泻痢。

金·李杲撰《内外伤辨惑论》和《脾胃论》,各3卷,认为“内伤脾胃,百病由生”,创脾胃学说,成为补土派代表。主张以温补脾胃之法治疗内伤杂病(包括急症)。李杲还创组治疗急症的不少效方,如“羌活胜湿汤”治疗风湿痛,“清暑益气汤”治疗虚人暑湿、身热气短,“枳实导滞丸”治疗湿热下痢,特别是“普济消毒饮”治疗大头瘟,至今仍为专治热毒上攻头面咽喉、颜面丹毒、腮腺炎、扁桃体炎的效方。

元·朱震亨撰《金匮钩玄》和《丹溪心法》,前者3卷,列内科病证87种,妇科病证22种,儿科病证21种,外喉科病证12种,每证述及病因、治则、兼证、预后,再列主方和单方。后者为朱氏学生整理,共5卷,列各科病证100种。两书对发热、痛证、出血、暴喘、急黄、暴吐、暴痢、中风、中暑、中毒等急症,总结了较为完整的证治经验,创建了不少效方,如止呕吐胁痛的“左金丸”,止血的“咳血方”,除淋证白浊的“萆薢分清饮”等。朱氏力倡“相火论”,首创“阳常有余,阴常不足”的学术观点,治重滋阴降火和导痰引滞法,成为“滋阴派”的代表,启示于后世温病学的滋阴保津、救液填精治法。

明·吴又可著《温疫论》,是瘟疫专书,指出其病因为戾气(疠气),邪由口鼻而入,达于膜原,有九传之变,其病与伤寒近似而殊迴,以伤寒治法,致死颇众,独创“疏利膜原”和“清消疫毒”的法则,并组“达原饮”、“三消饮”诸方,提出温病之因、传染之途和治法之异的创新,是温病学说的奠基。

清·叶天士著《温热论》,共1卷,系叶氏弟子顾累文录其口授而成。分析温邪的传变规律及其病机诊治,创立了卫气营血辨证体系。认为“温邪上受,首先犯肺,逆传心包”,“卫之后方言气,营之后方言血”,“在卫汗之可也,到气方可清气,入营犹可透热转气,入血则恐耗血动血,直须凉血散血”,使温热病彻底从伤寒病中独立出来,形成了温病学派。

清·吴瑭著《温病条辨》,共6卷,上焦篇,法58条,方46首。中焦篇,法102条,方88首,附方3首。下焦篇,法78条,方64首。创立了温病学的三焦辨证纲领,“始于上焦,在手太阴”,“上焦病不治,则传中焦,胃与脾也;中焦不治,则传下焦,肝与肾也”。其治“上焦如雾,中焦如羽,下焦如衡”,治上焦宜辛凉,治中焦宜甘寒,治下焦宜咸寒,总不离“务存津液”矣。吴氏对各种温病,如风温、湿温、暑温、冬温、温疫、湿毒、温疟等作了全面的论述,确立了清热养阴大法,而且创建了许多温病名方,如桑菊饮、银翘散、三仁

汤、清营汤、化斑汤、青蒿鳖甲汤、加减复脉汤、安宫牛黄丸等。

清·王孟英撰《温热经纬》,共5卷,以《内经》、仲景有关温热病的论述为经,叶桂《外感温热篇》、《三时伏气外感篇》,陈平伯《外感温病篇》,薛生白《湿热病篇》,余师愚《疫病篇》为纬,并有个人独到阐发,实为一部归纳前人经验,总结个人见解,较为完整的温病学派全书。至此温病学说已较完整,对高热、惊厥、厥脱、昏迷、血证等采取解表、清气、透营、凉血、解毒、开窍、救脱等救治法已较成熟,并且收到确切的疗效。

清·王清任撰《医林改错》,共2卷,其功有二:一是改正了古代相传脏腑中的一些谬误,对解剖学做出了贡献。一是对气血的理论有新的创见,对血瘀证有深入的研究,提倡活血化瘀法和补气化瘀法,特别是将活血化瘀与清热解毒两法有机地结合,提高了治疗急症的疗效,所载"血府逐瘀汤"、"少腹逐瘀汤"、"膈下逐瘀汤"、"通窍活血汤"、"身痛逐瘀汤"以及"补阳还五汤"至今仍然是效方,具有实用价值。近代抢救危重症如心肌梗死、脑血管病、多脏衰、急腹症、弥散性血管内凝血等均受其启迪。

清·唐容川著《血证论》,共8卷,论述上溢血证14条,外渗血证7条,下泄血证6条,血瘀证治5条,并涉及失血兼证40余种,是诊治血证的专著。唐氏主张中西医汇通,另著《中西汇通精义》,颇有独特见地,但其偏于以西医来印证中医实不可取。

9. 中医急诊医学的辉煌与滞后

中医诊治急症源远流长,几千年来已形成完整的理论体系,积累了有效的临床经验,并逐渐完善,成为富有优势、显示特色的中医急诊医学,在救死扶伤的医疗保健中发挥着应有的作用,是中医药学的重要组成。

中医急诊医学有过辉煌的一页。远古时对急症病因病机的探讨,六经、卫气营血、三焦、脏腑等的辨证归类,清热、熄风、开窍、固脱诸法的运用,安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪散"三宝"等内服急救方药的配伍,针灸熏闻等外治法的综合,曾经使高热等多种传染性疾病,中风、胸痹等心脑血管病,暴喘等呼吸系统疾病,水肿、癃闭等泌尿系统疾病,暴吐、泻利等消化系统疾病,以及血证、痛证、痧证、厥证、脱证等等许多急症病证获得救治。至于人工呼吸、导尿、鼻饲、灌肠等急救方法的发明远较西医超前数百甚至千余年。

解放后,得益于党的中医政策的扶植,20世纪50年代中期始,中医急症更有了长足的进展,如防治流行性乙型脑炎、流感、流行性出血热、白喉、流行性腮腺炎、肠伤寒、破伤风、重症肝炎、上消化道出血、急性肾衰竭、急性心功能衰竭、急性呼吸功能衰竭、脑卒中、心肌梗死、急腹症、弥散性血管内凝血、败血症、急性再障贫血、急性骨折、烧伤等都显示了中医的优势和特色,有的成了中医的专长。

1983年1月,卫生部中医司在重庆召开了"全国中医急症工作座谈会",这是解放后由卫生行政主管部门主持的第一次全国急症工作会。会上提出了"关于加强中医医院急症工作的意见",随即以高热、厥脱、中风、痛证、血证等五大病证为主,在全国组建了7个中医急症协作组。其任务有两条:一是制订相关的中医急症诊疗规范,二是研制有效

的急症新制剂，以提高“中医的应急能力”。这是解放后第一次出现的中医急症“国家队”，发挥龙头作用，以点带面。于是在“七五”期间开始，中医急症工作从机构建设到人才培养，从临床实践到理论探索，从剂型改革到新药研制，从学术争鸣到学科完善，全面启动，开始了全方位起步，出现了欣欣向荣，蓬勃发展的新局面。

组织机构上的不断健全。全国中医急症协作组由7个扩展到12个，成员单位数百个，遍及全国28个省市，主要是二甲以上中医院。

1987年国家中医药管理局医政司颁发了《关于加强中医医院急诊科（室）建设的意见》，促使全国城市中医院全部建立了急诊科，县级中医院建立了急诊室。部分省市如湖北省、河南省等还成立了中医急症研究所。1998年中华中医学会组建了二级学会——中医急诊医学会，各地也相应成立了中医急症的学术团体，在全国形成了中医急症的学术网络，为急诊医学的发展打下了扎实的组织基础。

人才培养上的不断深化。辽宁、上海、广州、南京等中医院校以及北京针灸骨伤学院开设了中医急症课程并编写规范教材，提高了中医院校毕业生诊治急症的能力。协作组和学会充分发挥学术优势，通过各种渠道，举办不同层次、多种类型的中医急症培训班、讲习班、研修班。积极培养大批硕士、博士、博士后等高层次的急症专业人才。总体看来，全国已基本形成了一批热爱中医急症工作、老中青结合的、有较高学术水平的急诊学术带头人和中青年技术骨干，成为中医急症工作的中坚力量。

临床疗效上的不断提高。疗效是中医的生存之本，急症是提高中医疗效制高点上的重要突破口。通过广大中医急症工作者长期的辛勤劳动，积极探索，在治疗手段上已经显示了自己的优势和特色，在某些领域内临床疗效有了明显的提高。如清热解毒、活血化瘀、开窍醒神的“清开灵注射液”治疗中风病痰热证取得82.8%～91.3%的有效率；“心痛舒喷雾剂”治疗冠心病心绞痛，3分钟内止痛率达70.31%，可以同硝酸甘油媲美；治疗流行性出血热各期辨证论治系列药如清瘟合剂、清气凉营注射液等能明显降低病死率。

急症科研上的不断探索。科研工作是提高学术水平的必由之路。中医急症工作步步深入，必然要把科研这个环节运作起来。可喜的是，急症的科研工作由探索到扩展，方兴未艾并获硕果。从国家级到部局级，加之省市级处处展示急症的获奖成果。如“参附青对邪毒内陷所致厥脱证的临床与实验研究”、“血宁冲剂治疗上消化道出血的研究”、“止泻退热微丸治疗小儿病毒性腹泻”、“心痛气雾剂、口服液临床与实验研究”等等。

急症规范上的不断完善。规范化或标准化是学术走向成熟的标志，也是新成果、新技术大面积推广的基础。由各急症协作组制订的高热、厥脱、中风、心痛、胃痛、血证6个中医内科急症诊疗规范，通过专家论证，反复修订并经大样本临床验证，1990年7月1日由国家中医药管理局医政司颁文在全国各级各类中医医疗机构中施行。由于规范的科学性、先进性、实用性以及可操作性而普遍受到好评。新世纪的岁首，由中华中医药内科学会心病专业委员会等主编的专著《中医心病诊断疗效标准与用药规范》率先出

版发行，对急症规范的不断完善都会有良好的促进作用。

急症信息交流上的不断活跃。信息交流工作的意义在于克服“闭门造车”，避免低水平重复，并活跃急症学术，推动急症深化的得力措施。1983 年中华中医药学会内科学会在上海召开首届“中医急症学术研讨会”，这是信息交流的起步。1985 年起卫生部中医司委托重庆中医研究所主办《中医急症通讯》，以后又提高为《中国中医急症》杂志，成为建国以来惟一的中医急症刊物。1987 年国家中医药管理局又在长春召开“全国中医急症工作研讨会”，收到学术论文 500 余篇，选题广泛，层次较高，体现了二十世纪八十年代中期中医急症的学术水平。1992 年国家中医药管理局再次在广州召开“全国中医急症工作会议”，对中医急症是又一次有力的促进。急诊医学会成立后，1998 年在四川彭山，2001 年在杭州又连续两次主持全国中医急症学术研讨会，均收到良好的学术沟通和交流的效应。

总之，中医急诊医学从古至今，有着光彩夺目的辉煌和不可磨灭的功绩。

但是由于多种因素的影响，特别是开展中医急症工作在学术上和技术上有相当的难度，思想认识和理解上的不够统一，组织工作又不甚得力，政策倾斜力度不够，一线人员缺乏实惠，使中医急症工作困步难进，常常处于议论多、行动少，设想多、实干少，理论多、实践少，规划多、落实少的徘徊状态，尤其是工作在第一线的管理和医护人员，一方面在困境中努力拼搏，一方面却又蒙受种种非议和承担种种风险，致使中医急症工作出现了令人担忧的局面。**在急症意识、方法思路、应急手段、剂改创新，以及队伍稳定、梯队完善、阵地扩展、优势发挥等方面均有滞后态势。**

10. 中医急诊医学的研究思路和方法

中医学术历史上两次突破性的发展都跟中医急诊医学密不可分。如东汉的《伤寒论》创建了中医的辨证论治体系，明清的温病学说，充实发展了辨证论治体系，除六经辨证外出现了卫气营血和三焦辨证。相信当今中医学术的第三次突破也必然会从中医急症着手，所以研究中医急诊医学成为中医学术发展的头等大事。

“强化意识”、“体现优势”、“协作攻关”是中医急诊医学可行的研究思路和方法。

所谓**“强化意识”**就是强化急诊、竞争、前瞻、特色和商品 5 个意识。中医只能治疗慢性病，不善于诊治急性病，这种偏见极大地阻碍着中医急诊医学的发展，是一个严重的精神桎梏。所以首要强化**“急诊意识”**。中医学发展到 21 世纪的今天，“急诊意识”不能只停留在应不应该、需不需要开展中医急症工作的纸上谈兵，而是要把心思放到“如何搞好”这个基点上来，要从发展中医事业的战略高度来认识，打破封闭僵化、故步自封、生搬硬套等各种形式的形而上学思想束缚，更新观念、解放思想、坚定信心，以提高临床疗效，发展中医学术，采取学术、人才、手段并重的方针，力争中医急诊学术有所突破，队伍不断扩大，方法和手段不断丰富，使中医急症工作在医疗、教学、科研、管理各个领域都有长足进步，都能迈上新台阶，开创新局面，完善中医急诊医学，发展具有中国特

色的急救医学。

“竞争意识”。中医药学之所以几千年来长盛不衰，除了本身在其科学的理论体系指导下临床疗效的可靠性外，还在于中国广大的医疗市场和人民群众对它的依赖性。但在21世纪的今天，各学科突飞猛进的发展，现代科学诸如光、电、磁、生物工程等与医学高度结合所显示出来的优势，及其在生命科学多方面的突破以及现代急诊医学在处置急症上的诊断方法手段和技术、抢救设施和抢救药物方面的优势不可忽视，这些都对中医急诊医学形成严峻的挑战。所以必须强化“竞争意识”，要分析己之长和彼之短，从医疗市场的急需和现代急诊医学的空白点、薄弱点入手，开展中医急诊医学研究，在竞争意识下，求生存，求发展，使中医急诊医学具有更顽强的生命力。

“前瞻意识”。前瞻就是远虑，就是超前意识，必须站在中医学固有体系之上，洞察医学发展趋向，既把握中医本身发展的脉络，又看到相关学科的进展，并了解其成果对人体生命科学的相关意义，瞄准其先进水平，有机地把继承和创新统一起来，搞好中医急诊医学的研究，促使其成熟发展，并对人类的生命科学做出新的贡献。

“特色意识”。中医急诊医学有其自身明显的特色，这是中医药学经过几千年的演变锤炼，在其理论体系指导下，经过临床疗效的考验而显示的合理部分。不论如何创新，如何发展，如何吸收现代科学的种种精华，这种特色永远不能丢，只有强化特色方能发展中医急诊医学。

“商品意识”。新世纪将是一个前所未有的技术革新和政治经济改革的时代。我们面对的将是一个丰富的商品经济、知本经济的新世界。所以中医急诊医学的研究必须融于商品意识中，无论新的理论、新的技术、新的方法，还是新的药物都应该同商品社会的需求同步，并跟其他商品一样获得保护和推广，获得应有的效益。

所谓**“体现优势”**，是指“理论体系的实用化”、“辨证方药的序列化”和“急救手段的综合化”。

中医急诊医学的优势首先在于它的理论体系的完整和实用，既区别于其他医学又保证了急症的临床疗效。继承、整理、发扬、创新中医药学的基本理论体系，充分发挥它的优势，并跟上时代科技进步的大潮，将是中医急诊医学研究的重要内容和发展完善的原动力。

辨证论治是中医学术思想体系的精髓，同样指导着中医急诊医学的诊断和治疗。辨证论治应当是多层面、多形式、多动态的表达，在诊断上要辨别病因、病机、病象、病性、病位和病势，充分体现中医的整体观和恒动观。在论治上要强调方药的序列化，要按病种、病机、病性序列配套，剂型配套，组方配套，这样就能明显地提高诊治急症的疗效水平。

中医的急救手段常常是综合措施，多品种、多制剂、多途径的联用，内服法和外治法的配合，药物与非药物疗法的互用，中西药物和方法手段的互补，这就会最大限度地提高救治的成功率。

所谓**“协作攻关”**，其关何在？“诊疗标准的规范化”、“四诊方法的客观化”、“研究方

法的科学化”、“中药剂型的多样化”以及“急救理论的创新化”等等，这些都是“关”。

中医急诊医学作为一门临床科学，其发展和完善的标志就是诊疗标准的规范化。这个规范的标准必须是依据中医理论、突出中医特色、符合临床实际，又同国内外行业先进标准接轨的科学标准（包括病名、诊断和疗效三个部分）。中医病名是其特色的组成，不可废除，但其广泛的外延却严重地影响着其研究水平的纵深性提高，决不可墨守成规，要加以创新，加以规范。例如全国胸痹急症协作组在二十世纪八十年代初，提倡将中医病名的内涵赋以西医病名，用中西医对号入坐的办法，使中医病名实现规范化。把胸痹病相当于西医的冠心病，并把5个临床类型全部归入中医病名内涵，即胸痹心痛相当于冠心病心绞痛，胸痹心悸相当于冠心病心律失常，胸痹心衰相当于冠心病心力衰竭，胸痹心厥相当于冠心病心肌梗死，胸痹心脱相当于冠心病心脏骤停。

中医诊断提倡**“病证相配，单元组合式分类诊断法”**。把冠心病证候分类分为6个单元，即心气虚损证、心阴不足证、心阳不振证、痰浊闭塞证、心血瘀阻证和寒凝气滞证。然后根据临床表现进行单元组合，加以辨证分类（详见“临证篇”）。

疗效标准采用计量评分法。根据证候出现状况、是否需药物缓解以及对工作生活的影响程度由0分到4分加以分别计分，然后采用4级评定制，证候消失或疗后减少70%以上评为显效（包括临床治愈），疗前后分差50%～70%评为有效，分差小于50%评为无效，疗后增分评为加重。计量评分法虽然还不精细，但已经由以往的定性判断法改进到目前的定量法，增加了评定的客观性和可信度。

国家中医药管理局医政司早在1984年起就着手组织制订中风、外感高热、胸痹心痛、血证、厥脱和胃痛六个内科急症的诊疗规范，并于1990年7月1日起颁文，在全国各级各类中医院中实施，使中医急诊的诊疗标准规范化迈出了可喜而扎实的第一步。

“四诊方法的客观化”。“望闻问切”四诊是中医学临床捕捉疾病证象、支持辨证、完成立法治疗的惟一手段。中医急诊研究的重要内容之一就是把四诊深化其内涵，扩展其外延，同现代高科技紧密结合，实现定性和定量化，也就是务使四诊方法客观化。中医四诊的内容广博实用，而且屡验于临床。如果同现代的光声磁电等高科技结合，如CT、磁共振、超声、生化等指标互相引证，互为外延，那么中医四诊既可定性又能定量，四诊的客观化指日可待，辨证的精化就能实现。

“研究方法的科学化”。临床研究方法要有科学的统计，遵循随机盲法对照的原则，采用同病同证同类，先进疗效的结果作为阳性对照，而且要有大样本观察，以一定数量的群体病例反复验证以确保可重复性，所取到的数据也要可靠、客观、确切。中医急诊的临床研究务必要进入在中医理论指导下，体现高科技进步、客观可靠、确切有据、重复可信的科学状态。

实验研究同样是中医急诊研究的薄弱环节。**中医急诊医学一定要强调建立中医实验学**。也就是根据中医理论，引进新设备，创新新指标，运用新模型，检测新指标，从生化、免疫、微量元素、形态以及影像学、计算机系统等现代科技方法和手段来探讨急症的病机，寻找急症辨证的新指标，以便取得反映急症病因病机、诊断演变和疗效预后的客

观指征，并探讨疗效机制和研制新制剂。包含这些内涵的中医急诊实验学的创建和诞生，必将引发中医学术的第三次突破的迅猛降临。

“中药剂型的多样化”。由于历史条件的局限，中医急救手段和给药途径受到多方的限制，致使理法特色和优势均未能充分发挥。因此，中药剂型的改革和研制成了中医急诊攻关的重要环节。为适应急救临床的特殊需要，中药剂型必须多样化。其内涵有六条：一是强调中医药理论和经验提供处方依据，特别要重视小复方的研制，根据中医药的特色和优势，不能一味追求有效组分和有效部位。二是不能单纯走针剂研制的独木桥，针剂非但难度大，稳定性差，副作用多，而且有时不一定速效。我们在研制心绞痛剂型时，临床应用发现速效最好的给药途径是舌下喷雾，并非是肌注或静滴。三是要按照现代制剂的先进工艺流程，尽可能地提纯，注入高科技，克服“黑大粗”，充分运用现代药学研制中药制剂。四是不要轻易否定中药汤剂的特色，要重视口服液的剂型，更应重视复方的水煎剂型，以确保疗效。五是应根据病种、病性、病程等采用多种有效的给药途径，投用多种剂型，发挥最佳的疗效和中医救治上综合处置的优势。六是应保持中药日服 2 次的传统，不必向西药看齐，日服 3 次或几小时服 1 次。当然只有剂型的科技含量高才能做到这一点。

“急救理论的创新性”。中医的急救理论要不断创新才能推动学术的进化和疗效的提升。近年来急救理论的创新已经作了不少的学术储备。例如，外感高热和多脏器衰竭上提出了“热毒学说”；急腹症、感染性休克、消化道出血提出了“大黄通腑法”；脑卒中、高血压提出了“毒损脑络”、“毒损心络”；冠心病提出了“痰瘀同治”；护理上提出了“辨证施护”、“辨证施膳”等等。虽然都是“星星之火”，但急症理论的创新已经启动，预示着它的燎原之势必将掀起中医学术的第三次突破。

11. 惟有创新方能进步

一门学科的学术进步，**创新是原动力**，中医药学亦不例外。继承和发扬本身是矛盾的两个方面，但是它们又是统一的对立面。**继承是基础**，没有继承便是无本之木，无源之水。发扬是目的，没有发扬便没有生命力，没有新陈代谢，便是枯萎之木，死水一潭，**发扬就是创新**。长期以来，中医药学界的众多有识之士，在继承与发扬的结合点上均有高见，也作争论，提出继承不可复古主义，发扬不可虚无主义，有道是：“继承不泥古，发扬不离宗”。这场学术争鸣真乃“仁者见仁，智者见智”，畅所欲言，各抒己见。

中医药学至今未见关键性的突破，症结何在？是继承不够，“后继乏人”、“后继乏术”吗？因而要大声疾呼“纯中医”吗？非也。远的不说，就看解放后的半个世纪，在党的中医政策的感召下，政府重视，财力支持，特设国家中医药管理局；前辈们呕心沥血，教学、医疗、科研三管齐下，甚至注入毕生心血；后学者勤奋刻苦，师带徒、大专生、本科生、硕博士、博士后，层出不穷，人才济济，所谓天时、地利、人和样样俱全，那么突破的“东风”究竟独缺何方？缺就缺在重继承轻发扬，创新淡漠，动力不足。

中医怎么能"纯化"呢？提倡"三个指头，一个枕头"，其结果将是"皮之不存，毛将焉附"，必定是"自毁长城"。

让我们先来"尊古"一番，看看**古代医家的创新性**。东汉医圣张仲景"勤求古训，博采众方"，继承了《素问·热论》的基本理论，结合当时疫病广泛流行的实践，以六经论述伤寒发病的规律和传变。三阳病多属热、实，三阴病多属寒、虚，在证候变化上提出有表里之分、寒热之异、虚实之别，并以阴阳为总纲，创建了八纲辨证，开创了中医学辨证论治的先河，使中医学术有了第一次突破。

晋代王叔和有两大贡献，一是重新整理编辑了张仲景的《伤寒杂病论》，以致成为现存的《伤寒论》和《金匮要略》两书。二是继承整理了扁鹊、华佗、张仲景等先贤的脉法，并以《难经》寸口切脉为准，编著《脉经》一书，成为第一部脉学专著，使中医的脉学理论和方法得到了系统化，是脉学的鼻祖。

晋代炼丹家葛洪继承了先秦"方士"的"方术"，著有《抱朴子》，成为第一部炼丹专著，共20卷，包括"金丹"、"黄白"、"仙药"各部，载有许多关于制药化学的实验，如《金丹第四》曰："丹砂烧之成水银，积变又还成丹砂"，即是硫化汞的化学反应，受热分解出水银，水银和硫磺不断加热，又还原成硫化汞。葛洪炼丹的目的虽然是寻求长生之药，但客观上却导致了制药化学的开端，提高和扩大了化学药物的应用范围，促进了制药化学的发展，成为世界化学的前驱。

唐代孙思邈曾攻读历代许多医籍并广及各学科，著有《备急千金要方》，简称《千金要方》，共30卷，其中创新了不少治疗急症的效方，如止痢投白头翁、苦参、黄连等。后又集晚年经验著成《千金翼方》30卷，作为对《千金要方》的补充，统称《千金方》。《千金翼方》记载不少外来医学知识，而且发挥了仲景的方药，如在仲景的当归生姜羊肉汤的基础上灵活化裁为四个方剂：羊肉汤、羊肉当归汤、羊肉杜仲汤、羊肉生地黄汤，治疗产后不同的虚证，至今仍为效方。

宋代陈言著《三因极一病证方论》一书，继承《内经》的五志太过致病学和仲景《伤寒杂病论》把复杂病因概括为三大类的观点，创新性地提出病因的"三因说"，内因为七情，"七情动之，内伤脏腑，外形于肢体"；外因为六淫，"起于经络，发于脏腑"；"不内外因为饮食饥饱，叫呼伤气，虫兽所伤，中毒金疮，跌损压溺等"，至今中医病因学仍沿用他的"三因说"。

金元四大家的学术争鸣是中医药创新的一个实例。

"寒凉派"刘完素，著有《素问玄机原病式》，《素问病机气宜保命集》等，其书名冠以"素问"可见刘氏何等重视对《内经》的继承。他根据素问病机十九条大多是火热为病的现象，倡导"火热论"，提出以"降心火，益肾水"为主的火热病的新治法，突破了以往一味寒凉折火的旧法，对后世的温病学派很有启发，但刘氏在强调火热二气的同时，仍然注重辨证论治，如曰："不必肾水独当寒，心火独当热。"临证时须分辨水火多少以定补泻。刘氏还对《内经》的运气学说持革新的态度，他一方面认为"不知运气而求医无失者鲜矣"，一方面又主张"主性命者在乎人"，运气有常有变，不可机械生搬。

"攻下派"张从正,著有《儒门事亲》。他继承了刘完素的学术思想,认为风寒暑湿燥火等在天之邪,雾露雨雹冰泥等在地之邪,最易致人于病,其次如饮食酸苦甘辛咸淡等水谷邪气,也是致病之因。这些病因或从外来或自内生,都非人体内所应有的,故一经致病,必须驱邪于体外。主张驱邪法则以《伤寒论》汗、吐、下三法为原则。凡风寒之邪,在皮肤之间和经络之内的,可用汗法;凡风痰宿食,在胸膈或上脘的,可用吐法;凡寒湿痼冷或热客下焦的可用下法。张氏还扩展了汗、吐、下三法:凡能引起吐涎、嚏气、流泪等的都属吐法;凡能催生下乳,磨积逐水,破经泄气的都属下法。

"补土派"李杲,著有《内外伤辨惑论》、《脾胃论》。他继承《内经》"人以水谷为本","有胃气则生,无胃气则死"之说,提出"内伤脾胃,百病由生"的观点,倡导"内伤学说"。李氏认为脾胃的作用,以升举清阳之气为首要,治内伤病以升举中气为主,分别补益上、中、下三焦之气,尤以补脾胃为主,而且要重在温补脾胃,创组了"补中益气汤"、"生脉散"等名效方。

"滋阴派"朱震亨,著有《格致余论》、《局方发挥》。他继承了刘完素、李杲的学术思想,继承《内经》"相火"有常有变之理,提倡"阳有余阴不足"之说,"相火妄动"是其内因,填补了火邪致病内在因素的空白。善用"滋阴降火"之法,创组"大补阴丸"、"琼玉膏"等名效方。朱氏还主张"因病以制方",反对当时不少医生忽视辨证,机械地搬用《和剂局方》和滥用辛燥药的风气。

明清温病学派的兴起,更是中医药学创新的典范并实现了学术上的第二次突破。

明崇祯年间,大疫猖獗,应用伤寒治法乏效。苏州名医吴又可从实际出发,反对泥古,认为"伤寒百无一二,而温疫则到处流行,这正是学非所用,一旦遇到温疫,误以伤寒方法治疗,则后果很难预料"。他也不同意王叔和所谓疫病的病因是"非其时而有其气"的说法,提出"温疫之为病,非风非寒,非暑非湿,乃天地间别有一种异气所感",他称之为"戾气",并专著《温疫论》阐述之。吴氏的"戾气说"第一次把传染病和外科感染的病因划入同一范畴,纠正了以往疔疮、丹毒、痈疽等外科感染病以火论因的旧说。在 17 世纪中叶,西医细菌学出现之前,吴氏的"戾气说"观点明确,临证有效,称得上是诊治热性传染病的先驱。对温病学说的形成和完善也有创新性的贡献。

温病学说的三位代表人物,叶桂、吴瑭、王士雄均是卓有业绩的创新者。叶桂著有《温热论》,他在总结前人的成就基础上进一步发挥,为温病学说的发展提供了理论与辨证的基础。他有四条创新:一是首先提出"温邪上受,首先犯肺,逆传心包",概括了温病的发病途径和传变。二是首创了"卫气营血"辨证纲领。三是丰富了温病的诊断方法,提出"察舌"、"验齿"辨别"斑疹"和"白痦"。四是继承发扬元代葛可久的《十药神书》,应用其十方取得奇效。

吴瑭进一步总结并发展叶桂的学说,著有《温病条辨》,创立上中下三焦辨证纲领,提出清络、清营、育阴等各种独到的治法,创组"桑菊饮"、"银翘散"、"清络饮"、"三仁汤"、"清营汤"、"化斑汤"、"青蒿鳖甲汤"、"桑杏汤"、"沙参麦冬汤"、"安宫牛黄丸"等一系列名方,而且应用至今。

王士雄以《内经》、《伤寒论》有关温病的条文为经，以叶桂、薛生白诸家之说为纬，著有《温热经纬》，独创性地将温病分为新感、伏气两大类进行辨证论治，其创组的"清暑益气汤"成为治疗暑热伤气灼津的代表方。

明清两代还有两位功不可没的创新家，一位是药物学家李时珍，一位是临床学家王清任。明代李时珍积30年苦心，参考书籍800余种，而且跋山涉水，实地调研搜集，书成药物巨著——《本草纲目》，共52卷，载药1892味，附方10 000多首，插图100余幅。李氏以科学的态度对以往的本草学修正纠谬。如南星、虎掌本为一物，过去误分为二。而花粉、栝蒌本是一种植物的块根和果实两部分，即绘成两种不同植物的图谱。还如，以往本草记载服食"金丹"可以长生不老，服黄连、芫花、雄黄也可成仙不死。李氏不仅从理论上加以否定，而且还明白地指出其危害性。李氏还对不少药物的确实疗效做出新的结论，如土茯苓治梅毒、延胡索的止痛、大风子治麻风、常山的截疟以及使君子、雷丸、槟榔的驱虫作用等等。《本草纲目》流传国外，翻译成多种文字，促进了中外的医药学交流和间接地推进了植物学的研究。

清代王清任著有《医林改错》。他曾在滦州义冢亲自观察了30多具儿尸，发现古书所绘脏腑图形与实际有许多不符之处。此后他又在奉天和北京3次去刑场观察尸体并参考许多牲畜内脏，将42年间实地所见绘制成"亲见改正脏腑图"收录于《医林改错》中。王氏还十分重视气血理论，专长研究"血瘀论"，创组了一系列活血逐瘀和补气活血的效方，如"血府逐瘀汤"、"补阳还五汤"等，为后世医家的创新做出了榜样。

从这段简略的中医学发展史中可以明显地看出，**学术的形成、完善和发展，学术的突破都离不开学术的创新**。时至21世纪的今天，学术上的第三次突破，辨证论治的古训新释，四诊方法的延伸和客观，治则治法的因时因地因人制宜，治疗手段的更新和给药途径的多样，以及新产生疑难病的诊治，哪一项能缺少创新？当然，所谓的创新，是建筑在全力继承的基础之上。没有继承的创新可以说是"胡思乱想"，是幻想，是空想。归根结底，我们要热情地、大声地呼唤："后继新人"和"后继新术"，继承是基础，创新是目的，"惟有创新方能进步"，中医药学美好的明天在于努力创新的今天！

12. 科研的效应不可轻视

临床医家整天忙于诊务，很少顾及科研，甚至不明科研为"何物"。殊不知学术的发展、疗效的提升、医理的创新，都离不开科研这个中介环节。科研的效应不可轻视！

医学包括中医药学，大致**遵循"假说—实验—理论—临床"的发展规律**。实验是假说必须经历的阶段，经过实验的检测和验证，取到明确的结论便上升为理论，再返回临床指导实践，所以**实验医学是由假说发展到理论的验证环节，是必不可少的中试过程。实验医学的主要手段就是科学研究，简称科研**。

古代医家限于条件，单纯从临床着手，常以脉案形式加以临床总结，这是科研的原始形式，但它却使许多假说上升到理论，成为临床行之有效的治则治法。比如把"胸痹

心痛”的病机假说为“胸阳痹阻”,以芳香温通为治法,曾在不少脉案记载中罗列总结。《临证指南医案·卷四·胸痹》脉案就有不少温通为治的案例。由于脉案的这种原始临床科研,使假说获得论证和检验,并形成为病机理论,后世沿用芳香温通法治愈了众多的胸痹心痛患者而成为其有效的治法之一。从古至今流传下来的医案不少,如著名的明·汪机撰《石山医案》;明·江瓘撰《名医类案》;明·薛己撰《薛氏医案》;清·叶天士著《临床指南医案》;清·俞震纂辑《古今医案按》;清·吴瑭著《吴鞠通医案》;清·魏之琇编《续名医类案》;清·柳宝诒选评《柳选四家医案》;以及近代何廉臣编《全国名医验案类编》;秦伯未编《清代名医医案精华》;李济仁编《名老中医肿瘤验案辑按》;董建华、王永炎编《中国现代名中医医案精华》等,都将成为科研的珍贵参考资料。

现代的临床科研已采用有足量病例的积累和随机盲法对照的分析,并应用各种客观指标作观察依据的方法,这种方法较单纯脉案更具说服力的形式,使临床科研进入了较为高级的阶段,其结论更具可信度而指导临床的价值就更大。例如,从 20 世纪 80 年代起,报道芳香温通法治疗“胸痹心痛”的临床资料,约有 300 余篇,研制观察的方药达 150 种以上,使“胸阳痹阻”以“温通为治”的病机理论得到更充分更科学的论证,也就更直接地指导了临床实践,成为防治“胸痹心痛”的主要治则治法之一。

近代的科研更采用了动物实验的手段进行系统观察,使模拟和验证进入了更为高级的阶段。它既可保护人类在临床试验中免受伤害,又可扩大其范围,广泛地运用各种随机对照包括空白对照的方法和最大限度地获取功能和形态学的相应资料,并同临床观察同步,从而使结论更加可靠精确。例如,不少芳香温通方药就是在动物实验中证实其有降脂、降压,改善载脂蛋白组分,消散冠状动脉粥样硬化斑块,调整血小板功能及前列腺素代谢,改善红细胞膜功能,修补内皮细胞破损等作用,一则进一步发掘了“芳香温通”法的主治功能,二则使其疗愈机制获得一定的解释。还有对某些中草药如蟾酥、水蛭等治疗“胸痹心痛”的毒性考察,空白对照组的设立,动物实验便是最为理想的方法。

可见科研是“胸痹心痛”由假说上升到理论的重要媒介,尤其是古代中医对“胸痹心痛”几乎都是单凭直观所得的经验,在缺乏客观证实其必然性、规律性的历史条件下,其科研无论在临床还是在动物实验中都是不可疏忽的环节,在开展“胸痹心痛”的发病机理、防治对策的研究中占有必不可缺的实用地位。由此类推足以证明:科研的效应不可轻视。

13. 科研工作既应遵循“自身规律”,又要“洋为中用”

何谓中医的“自身规律”? 这要从源头说起。中国医药学的起源和形成是与我国劳动人民长期的劳动生活和生产实践紧密相连的。在距今约 100 多万年前,我们的祖先如北京猿人为了生存,在向自然界和猛兽作斗争中创造了劳动工具,懂得了用火,在频繁接触植物和动物中,逐渐累积了某些医药卫生知识,分清了其对人体的有益、有害以及其治病的作用。正如《淮南子》、《史记》所述“神农”,“尝百草之滋味,水泉之甘苦,令

民知所避就”。“始尝百草,始有医药”,开始了医学的起源。在殷墟出土的甲骨文中已记载了许多疾病的名称,如头病、耳病、眼病、鼻病、牙病、腹病等,而且已记有洗脸、洗手、洗脚、洗澡的习惯。到周代已知道“定期沐浴”和“头有疮则沐,身有疡则浴”的治疗意义。随着西周农业和天文学的发展,在观察到节气、气候对农作物影响的同时,也了解到季节变化同疾病的关系,如《礼记》就有“孟春行秋令,则民大疫”、“季春行夏令,则民多疾疫”的记载,同时出现了“六气致病说”。商周时代,还有谷物酿酒的起源和伊尹创始汤液治病的新术。前者表明医酒密不可分,由“醫”字从酉(酒)可见;后者成为中医治病的常用剂型。据《周礼》记载,当时的宫廷医生已分为食医、疾医、疡医和兽医四种,并建立了一套医政组织和医疗考核制度,如病历记录和报告制度等。这一时期医疗和巫术展开了剧烈的斗争,最终医学逐渐战胜了巫术,在诊断上不再求助于占卜,治疗上不再采用祈祷、祭祀、禁咒的方法,这在《周礼》中均有详细记载:“以五气、五声、五色眡其死生。”外科治疗采用“着药”、“刮去脓血”、“去其腐肉”或采用攻、养、疗、节等治法。这些均为中医医学理论体系的形成打下了基础。

中医医学理论体系的形成大约在春秋战国时期,虽于长沙马王堆汉墓出土的帛书《五十二病方》、《足臂十一脉灸经》、《阴阳十一脉灸经》、《阴阳脉死候》等,早于《内经》。《内经》包括《素问》和《灵枢》两部分,共18卷,162篇。《内经》比较全面系统地确立了中医医学的理论原则,主要有三条:第一条强调整体观念,即人体是一个有机整体,人体的健康和疾病同自然环境有密切的关系。人体局部病变可影响到整个机体和其他器官,而全身的状况又可影响局部的病变,因此治疗上要重视局部与整体的关系;四时气候的变化都影响着人体疾病的发生和发展,所以必须因时、因地、因人制宜,方能做出正确的诊断与合理的治疗。第二条运用阴阳五行学说。阴阳五行学说是古代出现的朴素唯物主义学说。到了春秋战国时代,已被广泛用来阐述和解释一切自然界的现象,医学也不例外,《内经》就是运用了阴阳的互相对立统一和五行生克的规律来论述人体生理、病理、诊断、立法、治则和药物的性味以及预防等多方面的变化,把丰富的医疗实践经验总结成系统的理论。第三条重视脏腑经络。马王堆汉墓出土的帛书只言十一经脉,《内经》发展为十二经脉、十四经脉互相贯通,成为人体运行气血的通道,联系脏腑的网络,形成经络学说。《内经》还对五脏六腑的功能和病变详加阐发,形成脏腑学说。《内经》的成书是当时医家的集体成就,其光辉在于:反映人体的整体性和人与自然的统一性,总结了人体生理病理活动,说明了疾病的发生和演变过程。如对人体解剖方面的记载,对血液循环概念的描述以及疾病的预防思想等等,一直为后世医家所遵循,奉为第一部医籍经典。

中医临证在一个漫长的时期是以单味药物的应用而处在朴素经验的阶段。春秋战国医学的飞速发展促使临证逐步过渡到复方配伍,并开始产生复方配伍的理论。从早于《内经》的两部医籍中便可见到此点。长沙马王堆汉墓出土的帛书《五十二病方》约15 000字,涉及内外妇儿五官各科100多个病种,医方280多个,用药243种;甘肃武威汉墓出土的木质简牍92枚,题为《治百病方》,包括内外妇儿五官科,医方30多个,用药

100种,剂型涉及汤、丸、膏、散、醴、滴、栓等。两书中虽然几乎全是复方,但辨证论治的原则却还处于初级阶段。直到东汉张仲景著《伤寒杂病论》才真正确立了中医辨证论治的原则。其著成书后因兵火战乱而散失,经晋王叔和的整理编次,直到宋代始成现存的《伤寒论》和《金匮要略》两书。仲景以六经(太阳、阳明、少阳和太阴、厥阴、少阴)论伤寒病。除分别介绍各经病证的特点和相应的治法外,还说明了各经病证的传变关系,以及合病、并病或因治疗不当引起的变证、坏证等的辨证和治疗方法,形成了一整套六经辨证论治体系。在《金匮要略》中则对杂病的辨证以脏腑病机的理论进行证候分类和论治,建立了脏腑辨证论治的体系。仲景对方剂学的贡献也是功不可没。《伤寒论》中载方113首,《金匮要略》载方262首,其中使用药物达214味,对方剂的"君臣佐使"及加减变化的配合,在因证立法、以法组方及遣方用药上均有较高的要求,而且除汤剂外更有丸、散、酒、洗、浴、熏、滴耳、灌鼻、吹鼻、软膏、肛门栓、灌肠、阴道栓等多种方法,大大丰富了方剂学的知识。仲景学说后经晋隋唐历代医家的创新发展,特别是金元四大家的学术争鸣及明清两代叶桂创"卫气营血"辨证论治纲领和吴瑭创三焦辨证论治纲领,使中医医学理论体系更加完善和发扬。

这里,中药学的发展也要从源头说起。前已提及药学和医学一样起源于人类的生产劳动。到了西汉初年,已有药物专书在民间流传,如公乘阳庆传给淳于意的《药论》等,当时随着交通的日渐发达,少数民族地区的琥珀、羚羊、麝香等不断输入内地,而且当时已有"本草侍诏"的职称。《五十二病方》和《治百病方》均记载了数百方和数百药,这些均为我国第一部药物学专书《神农本草经》的诞生打下了基础。《神农本草经》约成书于秦汉时期,由若干医家陆续写成。原书早佚,现行本为后世从历代本草书中集辑而成,主要是清嘉庆四年孙星衍等辑本三卷及清道光四十二年顾观光辑本四卷。收载药物365种,其中植物药252种,动物药67种,矿物药46种,分上、中、下三品。上品120种,为毒性少或无毒的,多属补养类药物。中品120中,有毒无毒并存,多系补养而兼有攻治疾病的药物。下品125种,一般多有毒而专用于攻治疾病的药物。书中还记述君臣佐使、七情和合、四气五味等药物学的理论,并注意了药物的采收时间、炮制及贮藏方法。到了南北朝,陶弘景对本草作了一次全面的总结,著有《本草经集注》,改进了药物的三品分类法,发展到玉石、草本、虫兽、果、菜、米食、有名专用等七种分类法,是药物分类法的一个进步。而对药物的性味、产地、采集、形态和鉴别诸方面的论述有了显著的提高,并总结了诸病通用的药物如治风通用防风、防己、芎䓖、秦艽等,为功能分类法打下了基础。到了唐代,政府组织苏敬等20余人集体编修本草,名为《新修本草》,这是我国政府颁行的第一部药典,也是世界上最早的国家药典。《新修本草》共54卷,包括药图、图经和本草三部分,正文是在《本草经集注》基础上修订和增补的。载药850种,分玉石、草、本、兽、禽、虫鱼、果、菜、米谷九类。在编写中政府曾通令全国选送所产地道药材,并详述了药物的性味、产地、功效和主治,是一部总结性的药典。

明代李时珍非常注重实践,历时30余年,亲自采药,向农民、猎户、渔民、樵夫、药农请教,实地考察药用植物、解剖药用动物、采掘和炼制药用矿物,并"书考八百家",积累

综合了大量的科学资料，对药物的“析族、分类、振纲、分目”都提出严格要求，提出了16部药物分类法，每部又分若干类，眉目分明，便于学习研究，又对前人的本草错误做了修正，促进了中药学的蓬勃发展。本书共52卷，载药1892种，新增者374种。到了清代，医药家赵学敏也经30多年的努力，收载《本草纲目》未录的新品种，编成《本草纲目拾遗》，共10卷，载药921种，主要是“拾遗”部分，对虽已收载而治法形态不详的即为之补充说明，对部分药物有误分、重合的也都加以重整，还发掘了民间验方，收载了当时传入的外来药资料，是继李时珍后对中药学的再一次总结。

另外还要提及明·缪希雍撰《炮炙大法》。全书一册，分14部，叙述400多种药物的炮制法，每药之下列有出处、采集季节、良劣鉴别、炮制材料、操作程序、炮制后贮藏法等，而且交代各药炮制前后性质上的变化，从而说明不同的治疗作用与其他药物同用相须、相畏的关系。卷末还附用药丸例，并对制药、煎药、服药作了讨论，是一本中药炮制的专著。

从中医和中药的源头上可以看出：中医药学的阴阳五行学说、脏腑经络学说、四诊察病手段、整体恒动原则、辨证论治原则以及中药的分类功效、复方配伍原则、炮制讲究原则等，这些便是中医药学的“自身规律”。无论是“中医研究”或“研究中医”，都应当遵循这些“自身规律”，否则必然会“偏离主题”或“文不对题”，也就是俗称的“没有了中医的味道”。

“洋为中用”。“洋”者，现代科学包括西医的方法和手段也。对于“洋”，不必“讳疾忌医”或者“惊惶失措”。每门学科的发展都要跟上时代的步伐，都要跟时代保持同步，这绝不是“随大流”、“赶时尚”。“洋为中用”，如能达到定位、定性、定量的诊断，疗效的提升以及非但“知其然”而且“知其所以然”水平，对中医则有百利而无一害。**中医药学的创新和发展，现代科技知识和方法的引进已经势在必行。**

自20世纪70年代始，在冠心病的科研中曾不断引进现代的科学技术。虽然难度甚大、分歧众多、几经起落，但至少取得9项初步结果：无创伤心功能测定（左心室功能减弱）；血液动力学变化（血液流量、流速低于正常）；血液流变学变化（全血及血浆黏度高于正常，血小板聚集，血液黏滞性增高）；免疫功能变化（淋巴细胞转化率，E-玫瑰花环形成，ANAE染色等非特异性细胞免疫功能低于正常）；血浆激素量变化（皮质醇及尿17-羟、17-酮类固醇、性激素E_2、T及其比值皆高于正常）；血液生化学变化（环核苷酸比值、核苷酸含量皆低于正常）；自主神经功能变化（血清多巴胺-β-羟化酶、酪氨酸升高、尿中去甲肾上腺素、肾上腺素升高，指尖血管容积刺激后变化明显，交感神经兴奋性增高）；缺氧心肌细胞形态变化（电镜下肿胀）；红细胞膜形态变化（电镜下变形）。“洋为中用”的结果可使冠心病的研究更加指标化、客观化和规范化，对其病因病机和治疗机制的认识都会带来质的飞跃，对其诊断和疗效标准、抢救防治常规的完善也有促进作用。

“洋为中用”应当克服**三个弊端**：第一是**临床试验中的片面性**。如上述冠心病研究过程中引进现代科技知识和手段取得的9项初步结果，仅仅只有心气虚的患者才能测得左心功能的减弱，表现为心率加快、左室射血时间缩短、射血前期、等容收缩时间延

长、射血前期/左室射血时间之比值增大，而脾气虚、肾气虚患者身上左心功能基本正常，因而左心功能可视作心气虚证的一项客观指标。其余的8项都缺乏特异性，而只是共性指标，都难以定性。第二是**动物实验的依赖性**。由于动物实验的设计更能符合设计者的主观臆断，加之种种现代科技的帮助，常常在特定的条件下获得种种阳性结果而容易被人们依赖。西医遵循的模式一般是：假说—动物实验—理论—临床，或者在动物实验中发现问题，形成假说，再经动物实验证实，上升为理论而指导临床，所以其对动物实验的依赖性是可以理解的。但中医所遵循的模式不同，一般是：假说—临床试验—动物实验—理论—临床，或者在临床试验中发现苗头，形成假说，再回到临床试验中证实，然后通过动物实验的再证实，上升为理论而指导临床。其中多了临床试验这一环节，所以中医科研的关键在于临床而不在于动物，克服动物实验的依赖性比较容易。第三是**药物筛选中的个体性**。由于现代植物化学知识和手段的引进，在有效中药的筛选中十分注意其个体性，也就是有效部位、有效组分的确定，甚至由此进入提取单体、化学合成的阶段并产生新药。这对阐明作用机制、控制新产品质量和发现有效新药都是极有帮助的。但如果过分追求个体化，而忽视中药传统理论，特别是复方的配伍，那么其弊端也是显而易见的。一则单味中药的化学成分比较复杂，复方就更加复杂，要确定其有效成分并非易事。二则据此化学合成新药则弊端更大，怎么能由天然植物返回化学合成而避长扬短呢？三则同一味中药，产地、品种、采集季节、炮制方法不同，其成分常常差异较大，影响有效成分量与质的波动。

当然启动中医科研，有种种难关要攻克。但**科研是创新的必由之路**，无论分歧多深，难度多大，路途多远，结果怎样，最后总得有点中医味道吧。所以**科研的启动要着力两条腿，一条是“自身规律”，一条是“洋为中用”**。好在中医是有系统理论指导的临床医学，**临床是检验理论的惟一标准**，是非曲直，是对是错，一经临床检验疗效，就会“大白于天下”。

14．中西医配合比结合更实际

自从20世纪中叶提倡“西医学习中医”、“坚持走中西结合的道路”、“创造统一的新医学新药学”以来，中国医界涌现出一支中西医结合队伍。他们抱着满腔热忱，虚心学习中医并运用中西医两法来诊治疾病，在中医药学的研究领域，付出了艰辛的劳动并且取得丰硕成果，无论对中西医两种医学的对话、互渗和融通，还是对中医学术的创新发展，无论对临床疗效的提高，还是对疑难病的攻关，无论对浓烈学术氛围，还是对国际间的医学交流，都做到了尽心尽力，功不可没。

半个多世纪过去了，大批的西医学习了中医，绝大多数都是脱产学习，不能说他们不用心。他们确实学习并掌握了中医药学的精髓，并涌现出众多的“尖子”。走中西医结合的道路，自提倡的那一天起便在坚持，而且有一段时期曾经作为最有代表性的医学指导原则。“天时、地利、人和”样样俱全，可惜“统一的新医学新药学”并没有被创造出

来，而且越来越显得迷茫。这就不得不让人们反思，中医、西医本来是有自身的理论和经验的两门不同医学，是否真正结合了？还是“结离”了？

欧洲医学也称西洋医学，简称西医，是随着帝国主义的文化侵略传入中国的。早在明万历年间，西医学就是随着当时的天主教传教士一起来到中国。1827年英国东印度公司的医生郭雷枢在澳门开办了第一个西医诊所，次年又扩大为医院。1834年美国海外传道会派遣第一个传教医生伯驾来华，次年在广州开办了第一所眼科医院，就是后来的博济医院，这是我国第一家基督教会医院。“当西方大炮不能举起中国门户的一根横木时，他以一把手术刀劈开了中国的大门。”嗣后，教会医院林立，如1844年英国教会医生洛克哈特把原来设在舟山的一个诊所迁到上海，并扩大为医院，就是后来的仁济医院。1906年他又在北京联合几家医院开设协和医院，成为北京最大的教会医院。直至解放前，各国的教会医院多达340所。此外他们还非常重视在中国开办医学校，1866年医药传道会在广州创立第一所医学校，名为广州博济学校。当时最著名的是1914年在成都设立的华西协和大学医学院和长沙的湘雅医学院。1916年美国的洛克菲勒基金会接管了北京协和医学院，并加以改组，成为最大的教会医学院。这一时期还开始翻译西医书籍，如英国人合信在陈修堂等人的协助下译出《西医略论》和《全体新论》。1859年，美国传教士在上海创设“美华书馆”，出版了 许多中译医书，涉及基础医学、药物、临床各科及卫生学，甚至还译辞典，使西医更广泛地在中国传播开来并产生巨大影响。西医曾在欧洲文艺复兴的基础上发生了重大的变革。19世纪以后，由于资本主义生产力的日益提高，自然科学的飞速发展，医学也有了划时代的进步。比如细胞病理学、微生物学的研究，以及外科学上麻醉术、消毒法的进步都使西医学迅速注入现代科学的精髓，并以现代科学为基础而飞跃发展完善起来。所以西医的传入其正面作用也不可忽视。教会医院、西医院校和西医书籍的出现为我国带来了新知识、新技术，大大促进了我国医学的发展，也为人民的保健医疗事业带来福音。

在西医潮水般的冲击下，对中国的医学界引发了新潮，产生出各式各样的思想和主张，其中最具代表性，影响最大的就是中西汇通派的产生。

建立在现代科学基础上的西医学获得了飞速的发展，引起了中医界的普遍关注。相比之下，中医学也面临着继续提高和发展的现实。于是一些有识之士、追求进步的医家，开始探索以西医学术的见解来沟通、发展中医学术。其先声者有汪昂、赵学敏、王学权、陈定泰诸家。他们乐于接受西医新知，善于以彼之所长，补己之所短。例如汪昂接受“脑主记忆”说，赵学敏接受外来药物和西方炼制药露法，王学权肯定西人的尸体解剖，陈定泰则采用王清任的脏腑图，并附西洋人所绘脏腑图，辑成《医谈真传》2卷（成于道光二十四年）。但均未形成流派，真正成为中西医汇通学派者属王宏翰、朱沛文、唐容川、张锡纯、恽铁樵、陆渊雷诸家。

王宏翰为天主教徒，故更易接受西说，于清康熙27年著成《医学原始》4卷，力图汇通中西医学思想。其说有二：一是命门说，从西医胎生学的角度来阐发中医的命门学说。二是太极元气说，以西人恩比多立的四元说与中医的五行学说汇通，立阴阳太极、

元气元火四元说，实际这些观点难免牵强。

朱沛文，广东佛山人氏，著有《华洋脏腑图像合纂》，认为华洋医学“各有是非，不能偏立”，各取其是而汇通之。其主张汇通要以临床验证为准。中医药的理论都是在临床的医疗实践中不断总结出来的，中西医汇通后，其是否合理、是否科学还得回到临床去验证，因为临床疗效是最好的客观指标。例如他的《脑论》既接受西医“脑主记忆”说，又坚持“肾精主脑髓”说，因为临床确实许多脑病从肾精论治而有验者。另外汇通者不必强通，“不能强合”，因为中西医是两个理论体系的医学，固有可通之处，但更有众多区别之异。朱氏主张“则通其可通，而并存其互异”，这是客观的严谨治学态度。例如中医的筋可以同西医的肌腱汇通，但十二经筋之说又为西医所无，可存其异。又如脾统血之功中西医有共同之意，但脾与胃为表里、行津液、贯四傍的功用，独为中医有之，也可存其异等等。朱氏还有机会到西医院亲见人体解剖，又常见到西医所绘制的解剖详图，比起王清任了解的西医知识要多得多，所以能“辨正”《医林改错》。例如他辨正了王氏的血管、气管之误：“按绎《医林改错》原文，所谓气管、气门、卫总管实即洋之血脉管也。所谓血管、营总管者，实即洋之回血管也。”

唐容川，清光绪年间名医，著有《中西汇通医经精义》2 卷。他认为：中医西医，由于产生的地域不同，理论体系各有攸分，说理的方法也不一样，但究其原理，有许多地方是可以一致的。例如，西医名管，中医名脉；西医的血液循环，中医的脉气流经，营周不休；西医的肺吹出血中废气，中医的肺为相傅之官；西医的肝行水化食，中医的肝主疏泄；西医的胆汁乃肝血所生，中医的肝气化生胆汁等等都是可以汇通的例证。因此他竭力主张：中医西医各有长短，应该摒弃疆域之见，取长补短，“但求折衷，归于一是”。另外，唐氏还强调在学术上应当超越前人，这些都是创新和正确的观点。但是唐容川的汇通只是在文字上的附会，用西医说来强证中医说，自然而然地发生重西轻中的趋向，而且走上了崇尚远古的偏向。它的危害显而易见，即使中医复古，愈古愈高明，停滞不前；又使西医各种创新之说由于轻视而未被吸纳，使其创新的正确观点蒙上阴影。

张锡纯，“年过三旬，始见西人医书，颇喜其讲解新异多出中医之外，后又十余年于医学研究功深。乃知西医新异之理，原多在中医包括之中”，于是“中医包括西医之理”说成为其主要学术观点，著有《医学衷中参西录》30 卷，从生理、病理、药物三个方面“衷中参西”。虽然张氏也只是在文字上的比附汇通，但在临床上配合中西药观察的实际应用，很有启迪作用：“西医用药在局部，是重在病之标也；中医用药求原因，是重在病之本也。究之标本，原宜兼顾。若遇难治之症，以西药治其标，以中药治其本，则奏效必捷。”

恽铁樵，是著名的中医改革派，著有《群经见智录》3 卷，力主改进中医学，但当以中医学说本身为主，特别要重视《内经》的研究，并尽量用现代科学知识来阐明它的医理，然“治医者不当以《内经》为止境”。

陆渊雷是中医科学化的倡导者，著有《细菌学补证》。他认为：中医的治疗方法不仅有效，而且实有突过西医的地方。要整理提高中医，必须要学好中医的全部知识，又要具备现代科学知识和技术，才有力量胜任。中医应当科学化，但陆氏主张科学化的方法

则是片面的，即以西医理论来解释中医，能解说者，即以现代医学代替之。不能解释者，则据现代医学而否定之，走上了是西非中、重西轻中的歧途。陆氏中医科学化的提法有其进步意义，但他的核心是认定西医科学而中医不科学，中医的西医化就是所谓的“科学化”。

从中西汇通派的历史回顾中，明显的看出他们力主汇通，结果却是汇而未通，有的还发生不少的偏差，可见“汇通”已难，“结合”更难。

当然此一时非彼一时，新的时代，环境和条件都发生了根本性的变化。现今有党的中医政策的阳光感召，有国家中医药管理局的组织保证，有国家“中西医并重”的财力支撑，有双百方针学术争鸣的氛围，有老中青三结合的学术梯队，有中西医两法的临床疗效佐证……对“结合”的催生或助产都有足够力度，可是究竟还是“难产”了。原来两个不同理论体系指导下的医学，都有自身发展的规律，所谓“强拧的瓜不甜”、“买卖婚姻”很难产下“强壮”的嗣后。收起一切美好的憧憬吧，面对中国的医疗实际和特色还是来个**中西医配合，优势互补，建立医学共同体最为实际可行！**

15. 中西医结合不能导入误区

回顾近半个世纪的中西医结合史，被导入的主要误区有：专病专方、一病一法、重病轻证、淡化辨证论治；组方中只顾现代药理，不讲君臣佐使；一味追求实验指标，只图动物点头；诠释疗效机制只重现代理解，不讲或少讲传统医理；只求药物治疗，疏忽综合措施；观察方法只重客观性指标，没有证候学变化等等。这些误区的导入，使中医药学非但没有被强化，没有取得阶段性的成果，更谈不上突破性的发展，反而混乱了认识，削弱了优势，淡化了特色。

中西医结合的这些负面影响，成因何在？

首先是**认识上的模糊**。先看称谓。对中医称之“祖国医学”、“传统医学”、“华医”等，对西医则称之“西洋医学”、“现代医学”、“洋医”等，于是认识上就模糊了：中医是传统的，古老的，必定是落后的，西医则是现代的，新兴的，必定是先进的。根据“推陈出新”，“更新换代”的原理，那么无疑中医的现代化只有西医化了，出现了中医西化的“赶时髦”。殊不知，西医的现代里面有落后的成分，比如治疗思想的局部化，治疗手段的化学合成药，疗效评判的单一化等等。中医的传统里面有先进的成分，比如治疗思想的整体性，治疗手段的天然性，疗效评判的综合性等等。何必称作“传统医学”和“现代医学”呢？还是沿称“中医”和“西医”为妥。

其次是**理论体系上的差异**。中医以整体观和重视个体特征为医疗指导思想，运用望、闻、问、切四诊，对病因、病机、病位、病势、病态和病性做出综合判断，也就是辨证，且重视疾病阶段性“证”的变化，治疗则重视调节疾病累及或相关脏腑的气血功能，调整机体内外环境以达成新的平衡。西医则侧重病因学的分析，局部病理形态和病理生理的反应，治疗侧重消除病因，针对局部的病理形态和病理生理异常加以解除或缓解。这两

种不同的理论体系，差异甚大，难以融合。如果应用西医理论指导中医治疗，则无所谓辨证论治，也不必理法方药，何以中医疗效优势之有。如果应用中医理论指导西医治疗则无针对性可言，笼而统之也没法处方。时下的偏差在于西医理论指导中医治疗，那有不入误区之理。

再次是**观念上的混乱**。俗话说："西医治标，中医治本"、"西医治急症，中医治慢病"这种习俗固禁着人们包括医者的头脑。西医不能治本吗？细菌感染的抗生素是治标还是治本？中医不治标吗？针灸镇痛是治本还是治标？至于西医也治慢病，中医也能治疗急症的例证就更多了。这些观念上的混乱，让医者的思维方式陷入了片面性，甚至形而上学，特别表现在"治标"和"治急症"上注重西医的倾向就不足为奇了。

中西医结合的误区给中医、西医，尤其是中医带来的危害是显然的。**其对中医的最大危害是丢失了中医特色和优势的整体观、辨证论治观和综合观。中医的临床疗效不是提高了而是滑坡了，中医特色的治疗方法不是弘扬了而是缩减了，中医的治疗思路不是扩展了而是狭窄了**。其最终结局将是"废医存药"，这决非骇人听闻。误区对西医的危害至少有两个：一是人才上的浪费。学中医的那部分西医大多是西医的精英和尖子，长期在误区里无所作为，或作为甚少，这不是埋没人才吗？二是学术发展的被挡，纯西医在误区里误解中医，在中国这个医学舞台上他们的作为必然受限，学术难以深化。

16."整体"、"综合"是两大支柱

中医药学是一门理论与实践密切结合的具有中国特色的生命科学，人们常说它具有独特的理论体系和丰富的临床经验。作为一名医者，则认为它是一门有系统理论指导，取得明显疗效的临床医学。这门临床医学的支撑点或支柱就是"整体观"和"综合论"。

所谓**"整体观"**，就是既强调人与自然，人与社会的密切关系，又强调人是一个统一的有机整体，注重局部与整体，病理与生理的联系，并又突出个体的体质特征，以阴阳五行学说为基础，脏腑经络学说为核心，望闻问切为手段，"八纲"、"六经"等归纳为方法，来辨判人体发生疾病的病因病机、证候分类、演变转归并确立相应的治则治法。也就是常说的"辨证论治"。

辨证论治决非纯理论，更不是空理论，因为它直接关系着临床疗效。20 世纪 80 年代，本人曾在广安门医院急诊科观察中医治疗高热。那年冬令，发热 39℃ 以上者甚多，按照伤寒、温病之别，自拟温解合剂（荆芥、桂枝为主 4 味）和清解合剂（连翘、薄荷为主 4 味）分别治之，效果不错。曾总结 110 例刊登于《中国医药学报》创刊号。可是到了夏季，其效果明显下降。记得当时有一位 30 多岁急性肠炎的男性患者，高热 39℃，运用四诊诊察，证属风热袭肺移热大肠，投以辛凉解表的清解合剂，按每 2 小时服 1 次，4 小时 1 剂，共投 10 余剂，高热依然未退。此刻方悟，已入暑夏之时，暑热夹湿，单纯以辛凉清热，不利暑湿，热何以退矣。于是另立治法，清暑利湿，组方以青蒿、苡仁为主，投 3 剂热

自退。嗣后又据此组成清暑合剂，暑湿高热，其效又显。由冬令人暑夏，由辛凉到清暑，病因病机不同，证候分类有别，治则治法遂变，临床疗效立著。可见辨证论治实在是中医临证奏效的“法宝”。

所谓**“综合论”**有三个内涵，一是治疗思想上的综合，二是组方法则上的综合，三是治疗手段上的综合。

中医治疗的指导思想有道是“三因制宜”，也即因人、因时、因地制宜。因异制宜虽然强调了中医治疗的个体化原则，实质上却是治疗思想上的“天地人”的综合。因人者要充分综合患者性别、年龄、职业、体质等因素。如妇科用药要虑及其经期、妊期和哺期；老人用药要重理脾胃，防止攻伐伤正；脑力劳动者用药要偏于养心安神，滋肾健脑；阳虚进补宜以温润，避免温燥伤阴，由阳及阴。因时者，如《灵枢·百病始生》云：“毋逆天时，是谓至治。”《素问·五常政大论》曰：“必先岁气，毋伐天和。”即治疗用药要综合气候、季节、昼夜、五运、六气等因素。但不能采用古法按年岁序变、五运六气机械地运算和据此立法组方，而以当时产生的气候变化为准。因时制宜中重点是季节和昼夜的变化因素，以冠心病为例，一年中有两个发病高峰，5 月和 11 月。因为这两个月的气候变化十分明显，而在 1～3 月和 10～12 月出现持续较高的发病率，因为这几个月正是严寒季节。《素问·六元正纪大论》有“用寒远寒，用凉远凉，用温远温，用热远热”的名言，意思是说严寒之季阳气敛藏，应慎投寒凉，如三黄、栀子之类，以防伤阳；而暑热之季，阳气升发，慎投温热，如附桂姜椒之属，以免耗阴。昼夜对病变的影响也很明显。《灵枢·顺气一日分为四时》篇曰：“夫百病者，多以旦慧昼安，夕加夜甚。”所谓的“旦”指早晨，“昼”为中午，“夕”是黄昏，“夜”乃半夜。人体的阳气在一日中亦有生长收藏的变化规律。影响疾病便有清晨较轻，午后逐渐加重的变化，这与现代的人体“生物钟”甚相吻合。所以投药时要考虑这种变化规律，传统早晚分两次的服药法似非合理。有些疾病如冠心病、高血压、咳喘病等服药法改为上、下午两次服用为宜。因地者要求治疗适应地域特点。《素问·五常政大论》也有明示：“地有高下，气有温凉，高者地寒，下者地热，西北之气，散而寒之，东南之气，收而湿之。”地势高而寒凉的地区，其气收敛，肌腠坚闭，其病多寒在外而热在内，治宜表散外寒，清利内热，且剂量宜重，如桂枝、荆芥解表，知母、石膏清里；两广潮湿温暖，其气散泄，肌腠开疏，其病多气泄于外，湿盛于中，治宜敛其气而利其中，且剂量宜轻，三仁汤、藿香正气散多为常用；云贵川湘鄂一带，喜食辛辣厚味之品，投附桂姜椒等温热之药剂量要重而且要注意护脾保阴；江浙闽宁沪一带，嗜喜甜食，多腻多湿，注重畅中利湿，多投温胆辈。

组方法则的综合便是君臣佐使之属。人们常说中医的疗效优势“轻于药而重于方”，也就是说单味药并非主要，其主角是复方。复方者俗称“汤头”，学名“方剂学”。组方也讲综合，这便是确定立法，遵循配方原则，巧思配伍组成，精选药物并酌定剂量，简称“理法方药”或“君臣佐使”。“君”即组方中的“明主”，主要药物，针对主要病证，解决主要病因和起主要治疗作用的药物，一般系 1～2 味，用量可大些，但非最大剂量者就是君药。“臣”即辅助用药，协同君药发挥增效作用是其一，针对主症以外的兼症而设是其

二。“佐”即矫正药,纠正某些君臣药的偏性或缓解消除其毒性烈性,或防止副作用的发生。“使”即引经药,引导诸药直达病所,而发挥组方的针对性。但组方的综合绝不能生搬硬套这个框框,应当灵活变通。其变有三,配伍、加减和用量。由于配伍的变化,扩展了方剂主治的病证,如发汗解表、宣散风寒的主药麻黄,配桂枝加大其药力,成为辛温发表的重剂,名曰“麻黄汤”,配杏仁就转成专治风寒咳喘的“三拗汤”;配生石膏又转成治寒邪化热咳喘的“麻杏石甘汤”。药物加减变化视针对兼症的多寡而定,如四物汤系治疗血证和妇科病的主方,着重补血时,少用或不用川芎;重于化瘀则易为归尾和赤勺;瘀血甚者再加桃红;血虚明显,加入党参、白术、黄芪;如果虚寒伍以肉桂、炮姜;兼有虚热则配黄芩、青蒿;投以止血要去川芎,入阿胶、艾炭、藕节和仙鹤草。配方中组成不变,但剂量改变,其治随变,如小承气汤,大黄量大,枳朴量小,则以泻热攻积为主,专泻便秘,烦热;如枳朴量大,大黄量小,则行气通积,专解气滞疼痛。

治疗手段上的综合,涉及的面就大了,主要表现在两个方面,一是“三多”,二是“六综”。“三多”就是多方法、多途径、多剂型。比如内服与外治,药物与非药物,针剂与喷雾等等。“六综”就是辨证论治,护理调摄,康复体疗,食疗意疗,养生预防,保健强体,综合齐上,一切为了临床疗效,一切为了健康长寿。

“整体观”和“综合论”直接关系于临床疗效,可以说是中医优势,行业特色的标志,誉为两大支柱有不及而无过之。

17. 应当重于“证”而略于“病”

“证”与“證”通,乃病之候也。古医籍中,常常“病”、“证”混用,甚至以证命病,故习称“病证”。内科病证的命名常以病因、病性、病位、病机、主证、体征、症状、特性、季节或以比喻法相互结合,相互参照而成。这种传统的命名法,有定性的病因病机,鲜明的临床特点,特定的诊疗规律,准确地反映了疾病的本质,很有特色,可以沿用。同时因历史条件所限,命名的角度又不同,致使疾病的名称上出现病、证、症的混用,使中医的病证名内涵模糊,外延广泛,给学术的继承和发展、创新都带来了困难。让我们来回顾病证名的沿革史:

殷商出土的甲骨文就有蛊病、头病、腹病的记载。延至春秋战国,《内经》按症状、病位、病因、病机等对病证作了最早较粗略的分类,列出数十种病证名,如将臌胀、血枯、伏梁等因其病位都在腹部而列入腹中论;将寒热、热中、寒中、疠风、偏枯、首风、肠风等因与风邪有关而列入风论;将手足寒、手足热、暴不知人、癫疾等因都跟气机逆乱有关而列入厥论。东汉《伤寒杂病论》分类更加严谨合理,特别是将疾病分为伤寒和杂病两大类,一直为后世沿袭。其对杂病的分类以病机为准,列出 18 类,使病证更能反映出病机的联系和区别,利于立法用药。隋代《诸病源候论》采用以病统候,以候述病的分类法,如虚劳病下列虚劳候,虚劳羸瘦候等 77 候,使病候间层次分明,条理清晰。唐代《千金方》将全身性疾病(伤寒、风病、消渴等)以外的其他疾病,以脏腑为纲,列入五脏六腑的 11

门中。宋代《三因极一病证方论》则以病因为准进行分类，分为内因、外因、不内外因三门，以脏腑分类和病因分类，更切中临床实际，亦被后世习用。但这些分类法均有局限和片面性，时下，大多采用综合分类法，一般将病证分为伤寒、温病、杂病三大类。每大类中又综合病因、病机、病位、脏腑等进行再分类：外感伤寒类可再分两类，即中风和伤寒。外感温病类可再分为新感温病（风温、暑温、湿温、秋燥）和伏气温病（春温、伏暑）。内伤杂病类按脏腑又可分为肺系病、心系病、脾胃病等，按病因病位分为虫病、经络肢体病等。病证名的沿革史可以清楚地看出，古代医家一直是病中含证，病证混用。一直到20世纪的50年代，在"团结中西医"、"西医学习中医"政策的带动下，提出了"中医科学化"的议题，并产生了一批热爱中医的西医，学习和掌握了中医，他们担当起用现代科学方法研究中医的重任，由研究"肾的本质"起步，把中医科学化的切入点定位于研究"辨证论治"，于是中医一种病在不同的发展阶段上可以呈现各种不同的证，而多种病在各自发展转归到某一阶段则可显现相同的证，即"同病异证"和"异病同证"的表现。于是病和证被分离开来，而且引出了十分流行也很时尚的观点"辨病与辨证相结合"。

这里的**"辨病"**有两种含义：一是按中医传统的病名来辨。二是按西医的病名来辨。如果单按中医的病名如"咳嗽"、"胸痹"、"黄疸"等来论治，如何立法组方遣药呢？还是应当在咳嗽等病里辨别其证候分类，才能据证论治。中医疗效的保障在于"辨证"之准，法不对证，药不叩法，何谈疗效之有。如果按西医的病名，更使"辨证"无从着手，比如西医流行性感冒，如何论治，不问风寒、风热，不管体虚、夹湿，单从中药抗病毒的药理中投之或者不按复方的君臣佐使之理叠堆众多的抗病毒中药，能有显效吗？这不是还在吃"废医存药"的苦头吗？辨西医的病归根结底还是要辨中医的证。况且中医治疗西医的病决非万能，有的病种确有疗效，有的病种有疗效苗头，有的病种确实无效还在探索，确效和苗头的那部分还是辨证论治的结果。当然辨证论治的特色和优势亦不是万能的。在临床应用中有时失灵，有时不全，有时模糊，有时矛盾，有时不能普遍适用，有时缺乏重复性，有时又没有专属性等等不尽如人意之处。辨证论治在理论上还有值得商榷和不断完善的部分，但是回到现实，在当今对"辨证论治"还没有发展完善和创新的今天，离开了它又将是怎么样的结局呢？中医有疗效优势的局面不是还要靠"辨证论治"等主柱来支撑吗？**工夫还是要下在辨证上，只有把辨证搞好、搞精、搞正确了，辅以参考中医的病或西医的病，一主一辅，一重一轻，这方是取效之道**，故曰："应当重于证而略于病"。

18. 医药结合的传统不能毁于一旦

医和药都起源于远古时人们的生产劳动实践，而且密不可分。从伏羲制九针的传说到总结成《黄帝针灸》；由黄帝和岐伯讨论经脉的传说到总结成《素女脉诀》；由神农尝百草的传说到总结成《神农本草经》，这便是远古时期的"三世医学"。嗣后，医药结合历经各个时期的洗礼获得了共同的进步与发展。在秦汉时期，医学上由《内经》确立了中医的理论原则，由《伤寒杂病论》确立了辨证论治体系。同时出现了最早的本草专书《神

农本草经》;魏晋隋唐时期,医学有了迅速成长,出现了脉学的专著,王叔和的《脉经》,病因证候学的专著,巢元方的《诸病源候论》,临床医学的专著,皇甫谧的《针灸甲乙经》,孙思邈的《千金方》,王焘的《外台秘要》。同时出现了陶弘景的《本草经集注》,改进了药物的三品分类法。葛洪的《抱朴子》,创导了制药化学术,以及第一部国家药典《新修本草》,医药同时成长起来。两宋金元时期,医学发生了学术争鸣,所谓的金元四大家,此时的方书编著也得到了大发展,出现了不少专著,如宋政府令王怀隐等编著的《太平圣惠方》,和剂局编的《太平惠民和剂局方》,以及宋政府编撰的《圣济总录》等,还有许叔微的《本事方》,严用和的《济生方》,朱震亨的《局方发挥》和危亦林的《世医得效方》等等。宋代还专门设置了"掌药局"、"御药院"等国家药政机构。明清时期,医学上温病学派的兴起以及王清任等医家的实践活动,使中医学进入了全面发展的新时期。此时药物学也取得重大成就:李时珍《本草纲目》的刊行,赵学敏《本草纲目拾遗》的补充,吴其浚《植物名实图考》是我国药用植物学的起步。还有汪昂编写的切合临床实用的小型本草书籍《本草备要》,吴仪洛又加改编的《本草从新》,缪希雍的药物炮炙专著《炮炙大法》,以及《食疗本草》的出现,朱橚所著《救荒本草》。可见医药结合是中医药学的明显传统之一。

可是由20世纪的末期始,在市场经济的误导下,商业炒作和谋取赢利的目的,使医和药出现了分离的趋势。传统的丢失常常是失败的开端,何以见得?

由于我国刚刚步入社会主义的市场经济,众多经验需要摸索,不少规律需要探讨,大量的新问题需要研究。目前我国的医药市场尚未规范,法制的力度显得不够,造成不正当竞争的产生,并滋生蔓延,出现了两个怪相:正当有效的产品销量不一定高,而疗效差,回扣率大的产品却效益惊人;热销的拳头产品,紧接着被仿制假冒,以假乱真。有些制药企业忽视了药品是特殊商品的特性,把药品等同于一般的商品,采用商业营销的手段和流程。有些制药企业一味追求商业广告的轰动效应,不惜重金打造商业广告战,结果入不敷出,造成负债经营。有些制药企业盲目扩大批准生产时的适应证,宣传什么病都治,结果什么病都治不好,反而丧失了产品疗效的原貌。有些制药企业只沟通药品经销商及医院药局,不跟医生学术交流,产生药品进院没人使用的脱节现象。凡此种种营销策略上的失误,使制药企业陷入困境,吃足苦头,或者昙花一现,"轰动一时,吃苦一生"。应了一句名言:"动机是美好的,效果是劣等的",白忙活什么?!

总结教训的首条:**遵循医药结合的传统,科技人才的崛起和专家群体的制控。**

医药市场有别于一般的商品市场,这是由于药品是特殊商品的性质所决定的。药品的重要中介和媒体绝对不是广告宣传,而是面对患者的医务人员,这是不可忽视、不能轻视的关键。药品不同于化妆品更不同于食品,人们听从广告的导向可以试用化妆品和食品,但绝大多数患者的心态都不会轻信广告,不向医生咨询而到药店大胆放心地购药自服。所以人们常说医药市场的兴起,药品的旺销,在于医务人员的到位。患者很少有不听医生的。如果药品同商品,有相似环节,那么药品的消费者就是患者,而推销员当然就是医务人员了。制药企业与医务人员间如何架起沟通的桥梁,建立起休戚相

关、成败与共的联盟，形成一个一切为了患者的医药共同体。实际上是广义上医药结合传统的光大，这要成为制药企业时时刻刻研究和探讨的学问。

医药市场的运作应当十二分地注意学术的威力。用学术激起创水平的联动将是“一劳永逸”的选择。学术要落实到科技人才。人是一切活动中最活跃、最积极、最根本的因素，人力资源是科技创新的源动力，所以有“科技以人为本”之说。市场的营销人员要视作科技人才，其从事的营销活动要由金钱杠杆转到学术促销的正道上来，他们应当以学术广告造成良性的营销氛围，以学术资料带来产品的科学评估和高度的置信，以学术促销收到最大限度的效益。

国内外的成功经验还显示：制药产业的控制权在于专家群体组成的团队上，这个专家团队的三大优势功能：咨询、审订、调整、监管产业的发展方向；高科技上的注入及其学术上的把关；提供最新信息，负责人才培训，协助建立并完善产业的人才梯队，确实能使制药产业“起死回生”并且“永葆青春”。

因此在新世纪，新科技革新浪潮，新市场经济沉浮中，医药结合的传统不可丢，更不能毁于一旦，应当有所继承，有所发展。要从传统的结合发展到科学的共同体，并以**市场为龙头，产品为前导，生产为基础，科研为动力，专家为后盾，企业为载体，确立学术“盟主地位”**。

19. 中医是中药走向世界的前导

综观国际医药市场，长期以来大多数的份额一直被发达国家所占据，主要是美国，它在世界药品的销售市场里，所占的份额最大，几乎达到1/3。其次是日本，它所具有的销售规模已经超过德、法、意、英。这些医药市场的国际巨头，始终将目光盯住整个国际医药市场的促销上，竞争异常激烈。冷眼看医药商战显示三高特点：一是高投人。为了注入高科技，研制新产品，占领科技制高点，他们不惜工本，大量投入科研开发经费，一般均在销售总额的10%以上，美国则高达14.6%，最多的年投入已超过10亿美元。而国内的中药产业最高的也没有超过销售额的3%，差距之大，使科研经费严重不足，直接影响研制的力度和速度。二是高风险。新药开发研制的投资越来越大，风险也就成倍增长。目前全世界每年批准上市的新药不超过40种。为了最大限度地降低风险，许多著名的药业集团，采取了两条运作策略：①拥有自己的专利产品，独家生产独家经营，保证获取最高效益；②跨国经营，成立子公司，形成跨国企业集团。如Merck公司就在15个国家设立了29家分厂生产其相关的品种；③高效益。虽然承担着莫大的风险，同时也获得了可观的经济效益。有关专家预测，未来世界医药市场80%以上的利润将被50家跨国制药集团所瓜分。

再看中药市场，目前每年国际市场上销售的中药约有160亿美元以上。照理，中药的发源地在中国，我国有几千年的中医文化，有丰富的药材资源，有高水平的中医药人力资源，中药应该大有作为，在国际中药市场上理应占有较大的份额。可惜由于我国中

药在药效评估、生产工艺、制药技术、质量标准以及外观包装上长期处于落后状态，使中药产品“黑大粗”，丧失国际市场的竞争力，致使我国在国际中药市场的160亿美元销售额中仅占3%以下，大大滞后于日本和韩国。例如2000年统计中药的出口额仅为5亿美元，其中药材占4.54亿美元，中药酒占0.49亿美元，而中成药仅占0.8亿美元。可见低加工、低附加值的中药材要占中药出口的44.7%，而中成药和植物提取物的出口不升反降。

其次，我国自1983年实施进口药注册登记以来，已有10余个国家和地区超过50个品种的天然药在我国注册营销。进入世界贸易组织后，更有大批的洋中药涌入中国市场，每年进口的洋中药已经远远超亿美元。这意味着我国的中药不仅仅存在着不能全面高份额的进军国际市场，而且连国内市场也将固守不住，这对中药产业是何等严峻的挑战啊！

有识之士纷纷出谋献策，探索应对，一心扶助中药冲向世界。制订科学的药效评估体系，注入高科技的生产工艺和制药技术，提出先进可靠而且定量的质量标准，并在外观包装上狠下功夫。无疑，这些都是重要的得力良策，但更重要的是不能疏忽中医的前导作用。国内外的西医由于理论体系和医疗实践不同，他们治病的特点是重病不讲证，更不会辨证，因此对中成药只知其治某病而不知其治某病之某证，由于一种病会有几个不同的证候类型，对证者有效，不对证者减效甚至无效。因此对中成药的疗效便会产生“水分”，难以重复，常常减弱了可信度。其实并非疗效上的“水分”而是辨证，对证上的偏离，这是中医治疗在理论体系和医疗实践上的“特色”和“规矩”。当然西医不懂也不会辨证，可以用一组症状来规定其应用指征，虽然粗糙，但能达到粗略辨证分类的目的而尽量排除“水分”，自然对确保疗效是十分必要的。

所以中药走向世界的前导是中医，也可以说**中医带着中药方能走向世界**。当然这里讲的中医非但是中医人才，更重要的是中医理论和辨证特技。

20. 创建中医实验医学是现代化的急需

中医学作为一门医学科学应该具备自己的实验医学。医学包括中医、西医，大致遵循“假说—实验—理论—临床”的规律。其中实验是假说必须经过的阶段，经过实验的检测和论证，取得正确的结论，便上升为理论，再指导临床实践，取得疗效达到防病治病和康复保健的目的。所以实验医学是由假说发展到理论的验证环节，是必不可少的中试过程。**中医的实验医学主要由临床、动物和模型三部分组成**，这里只说临床，动物和模型在下节专门论述。

临床实验可以称作临床试验。由于中医学特色缘故，历来注重临床试验，而且经历了由低级到高级，由个案到群体的发展过程。原始的临床试验采用脉案的形式，也称医案，这是临证的第一手资料，其价值不可忽视。主要有三：脉案把临床治疗病证的理法方药和病情沿变如实地记录在案，虽然是个例化的，但却是真实的，比较可信，也便于保

存。脉案的记实性便是临床试验的可靠样本;脉案常常是分析名家治疗经验的依据,从其脉案的描述中可以窥见其立论之用意、辨证之关键、施治之特长。如果经得起重复,那么其所见便成了指导临床且行之有效的观点,如《蒲辅周医案》记有20世纪60年代初蒲老投十味温胆汤治验“胸痹心痛”的医案。分析其立论乃本虚抓心气虚,投参芪之补气,枣仁之养心,标实则以痰瘀为主,投温胆之祛痰,琥珀之化瘀。时至今日,这套理法方药依然获效,可见脉案分析之价值。脉案虽是一家之言,但只要摒除门户之见而加以综合则能有互补之功。例如《临证指南医案》四卷,专有胸痹一节,较系统地总结了叶天士以温通法治疗“胸痹心痛”的有效经验,这是可取之处。然而却由此而偏,认为“胸痹心痛”无热象,不能投清剂,这点不切临床实际。《续名医类案》记有薛立斋、王肯堂投小陷胸汤、栀子一类方药,治疗“胸痹心痛”属痰热痹阻的验案。临床中两者互参互补,认识也就更全面,疗效自然提高了。近代报道众多活血化瘀法治疗“胸痹心痛”的脉案和典型病例,部分医家由此视活血化瘀为治疗“胸痹心痛”第一大法,不少有关的方药应运而生,在防治“胸痹心痛”上起过重要作用。但在临床实际中,不少医者固守活血化瘀法,重用长服,结果屡见气短乏力等伤正之弊端,于是有的医家又以大量的脉案和典型病例,总结并提倡益气活血法。二者互补的结果使“胸痹心痛”的防治更上一层楼,取得更好的疗效。所以中医脉案凝聚着医者正反两方面经验的心血,是极其珍贵的临床资料,是必不可少的临床试验手段。

但是**中医脉案存在两个致命的不足:个案的总结缺乏整体性的综合**,难以得出规律性的结论而常常失于重复性是其一;脉案的直观反映**缺乏现代数理统计的处理方法**,难以得出定量性的结论而常常疏于可比性是其二。脉案整体综合和数理统计上的不足,致使仅仅经过脉案的试验要由假说升华为理论的几率是极小的。

现代的临床试验已由脉案的初级形式进展到足量病例、临床总结的高级阶段。其科学性的显示在于:强调多单位、多层次的大样本病例,运用盲法随机对照的客观方法,采取多种客观指标的观察,注意中医证候学的计量评分方法,综合地、客观地、统计学地评估疗效,更具可靠性、重复性,这种高级阶段的临床试验,使假说上升到理论的几率大大提高。如果再配以动物实验和模型制作,也就是完善的中医实验医学,那么中医学术的突破创新,中医的现代化,中医疗效的再提升,将不会是纸上谈兵了。

21. 中医动物实验的必要及其局限

由于动物实验可以在严格控制的条件下进行,也就是说受试的动物可以完全在各种实验因素的控制之中,又可以随意随机地设置对照组(包括空白对照组)。动物实验可以不受限制地选择受试动物,并最大限度地获取反映实验结果的样本和资料,在功能上,特别是形态上可以按需扩大观察范围和取材,而且可以施加有毒害性的处理因素。由于动物的传代比人类快,可以缩短实验周期,便于随意进行重复实验;另外,动物还能培育纯种、无菌、遗传缺陷、免疫缺陷等纯品种,用于特殊性、强化性实验。动物实验的

这些特性,为临床试验之所不及、之所不能。对实验研究的结果进行客观而细微的观察、分析、对比和归纳综合,便能精确地揭示研究现象间的各种内在联系,更容易达到认识规律,验证假设科学性的目的。因此动物实验十分必要,成为中医实验医学的重要组成。

古代中医已经有动物实验的先例。如晋·葛洪《抱朴子》就载有张相国庄内有鼠狼穴,养四子为蛇所吞,鼠狼将蛇当腰咬断而劈腹,衔出四子,尚有气,以大豆叶咀碎敷之皆活,成启发后人以豆叶汁治蛇咬伤也。北宋《宋史》中也记有边疆部落献溪峒药可解药箭之毒,问"何以验之",曰"请试以鸡犬"。但是中医学的动物实验并没有被继承和沿用,成为一门陌生的学问。无论从中医学术的揭密,所谓知其然,更要知其所以然,无论从中医学术的发展和创新,无论从中医现代化的急需,还是中医实验医学的创建,都离不开动物实验的实施和完善。

动物实验离不开动物模型的制作。使用损伤性的方法,如物理的、机械的、化学的、生物的因子,造成动物整体或部分,包括细胞组织器官的损害,出现类似病人机能、代谢、形态结构上的变化,以便观察人类疾病的发生、发展、预后结局的规律,研究疾病的预防、治疗,以及有效药物筛选,新药应用提供实验研究手段。动物模型分为两类:一是产生类似西医某种疾病的病理改变,一是产生类似中医证候的病理改变。动物"病"的模型起步较早,始于 1908 年前苏联医学家用喂牛奶加鸡蛋黄的方法,在狗身上制作成功动脉粥样硬化模型;动物"证"的模型起步较晚,1923 年有人用当归粗制浸膏做动物实验,证明其对子宫、小肠等平滑肌有兴奋作用,而到 1963 年才有小鼠"肾阳虚证"模型的成功。迄今为止,中医"证"的动物模型已经大量涌现:虚证模型有肾虚、脾虚、心虚、肺虚、气虚、血虚、虚寒、虚热、厥脱等,实证模型有肝郁、血瘀、痰证、热证、寒证、温病、痹证等,还有脉象动物模型等等。动物模型制作上的难点在于解决"病"与"证"的相结合,就是在动物模型的身上既要造成"病"的病理改变,比如冠心病、中风病、糖尿病等,又要出现"证"的表现,比如气虚、阴虚、痰浊、血瘀等,加上造模的方法又要基本符合中医理论和临床实际,其难度就可想而知了。

然而**动物实验及其模型却有较大的局限性**:首先是**生理上的差异性**。动物实验一般采用鼠、兔、猫、狗,个别用猴,这些动物的生活起居、饮食习惯,尤其是七情变化同人体有十分明显的差异。而生理上的差异势必形成发病上的不同,都会影响到"病"和"证"的可比性;**病理上的模拟性**。造模方法仅仅是人类病因学的模拟,其病理不尽相同,加之难以获得人类四诊中最关键的问诊、脉诊和部分舌诊资料,因而容易产生临床与实验研究脱节:动物实验的阳性结果不一定能在人体上反映出来,而对人类有效的治疗结果也不一定能在动物实验中得到重复;**治疗上的特殊性**。在动物实验中给药途径和剂量均有特殊要求,比如静脉注射对小鼠来说有时只能用腹腔给药来代替,舌下喷雾只能用口腔吸入来代替。剂量方面虽然可以用千克体重来换算,使之与人体呈相应的比例,但有时限于动物的胃容量而无法全量灌胃,加上药物吸收、分布、排泄在动物身上也有种种的特殊性,所以动物实验难以完全重复临床的治疗结果。

为了**克服其局限性，可以采用两个对策**：一是充分发挥中医与中兽医同源的优势，小动物与大动物相结合的同步观察法，在做小动物实验时，适量配合马、牛、羊、猪甚至灵长目动物的观察，互相参照引证实验结果会更趋可靠；二是根据中医学的特点，中医实验医学首先是临床试验，辅以动物实验，力争临床与实验多层次、多指标的同步观察，病证结合，病证与方药相佐，宏观与微观互相引证，反复验证，得出初步结论，再回归临床，让人认可。

22. 第四医学（保健医学）的兴起及中医药的有所作为

20世纪中叶，随着人口、粮食、环保等问题的发生与逐步治理得到解决，生命科学已经悄然兴起。生命科学是研究人类生老病死、发生发展规律的多学科交融的新兴学科。随着医学与现代科技在理论、方法上的不断融合，多种学科对医学形成渗透并交叉以及医学自身的不断分化又综合，人们将在交叉的多层次上去认识生命过程和生命现象，展示了生命科学的广阔前景。科学家们纷纷预言：21世纪将是生命科学的世纪。

20世纪末流行病学调研的结果，由于传染性疾病的被控制，疾病谱发生了重大变化。新世纪里肆虐人类的将有9个病种：临床4病（脑卒中、高血压、冠心病和肿瘤病），老年3病（糖尿病、痴呆和骨质疏松症），传染2病（肝炎、艾滋病）。疾病谱的改变带动着医学模式的发展。医学模式从第一医学的医疗，第二医学的康复，第三医学的预防，进入了第四医学的保健。已从单纯的医疗康复中解脱出来，逐步走出医院的小天地，融入人群和社会的大天地中。在人们渴望健康长寿和回归自然的思潮中，医学的功能已经扩展到预防疾病乃至维护健康方面。人们不仅需要安全、高效的治疗药物及康复手段，更需要不被污染、天然纯绿、科技含量高的健康产品及其保健方法。由此产生了健康产业和对保健产品的需求。

由于中医药学历来注重人体的预防和保健，所谓"不治已病，治未病"（《素问·四气调神大论》），"阴平阳秘，精神乃治"（《素问·生气通天论》）。中医药采取的手段常常是天然的药物及非药物的综合手段，还包括食疗、体疗、意疗等等，有一整套所谓的"养生之道"。它们既有系统完整的理论指导，又具丰富有效的经验证实，而且千百年来已经在民间大众扎根留种。因此，中医药的健康产品及其保健手段更加受到人们的青睐。许多货真价实、可靠确实的中医保健品年销售额超亿元，便是最好的例证。

在保健医学领域里，中医药的有所作为在于**5条"养生之道"**：第一条**养神为本**，注意清静、修德和开朗；第二条**膳食调摄**，"五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补精益气"（《素问·藏气法时论》）；第三条**起居有常**；第四条**房事适度**；第五条**勤于运动**，动则不衰。这些养生之道的具体实施，将在后面的条目里阐明。

23. 诊疗标准化是学术发展的标志，学科成熟的标志

始于20世纪的80年代，中医病证的诊断疗效标准规范化的研究引起学术界的重

视,加速中医学的规范化,特别是诊疗标准的规范化研究已经成为一项刻不容缓的重大课题及难题。但它却是中医学走向规范化、标准化、客观化、现代化、科学化的必由之路。所以中医病证的诊疗标准化是学术发展的标志,学科成熟的标志,也是新成果、新技术大面积推广的基础。

1987年,为了提高中药新药的研制水平并走上标准化的轨道,卫生部下发了第一批20个病证中药临床研究指导原则;1988年又下发第二批29个病证中药临床研究指导原则,以后又审定了第三批并于1993年编辑成《中药新药临床研究指导原则》第一辑,收载76个病证;1995年又编辑第二辑,收载57个病证。这使中药新药的研究和审评有了正式的官方标准。1994年国家中医药管理局颁布了《中医病证诊断疗效标准》,收载各科病证397个,规范了病证名称、诊断依据、证候分类及疗效评定标准,成为第一部国家中医药的行业标准。1997年国家中医药管理局又颁布了《中医临床诊疗术语》,成为第一部中医药的国家标准,为中医临床质量评定、科研和教学均提供了统一操作的模板,使中医诊疗的标准化成为政府部门的行为,行业必须遵循的准绳,既浓缩了诊疗规范化研究的最新成果,又反映了研究的最高水平,是可喜而扎实的第一步。

但是,这仅仅是第一步,还存有不少问题,由多处不尽如人意。主要表现在:

1) **病证名称规范化不够**。比如称血瘀证还是称瘀血证,称肝气郁滞证还是称肝郁气滞证,称气滞血瘀证还是称气血瘀滞证等等。涵盖多种疾病的病名分解不全,如眩晕、水肿、胃脘痛等等。病证名称一定要体现准确性和一致性。

2) **诊断标准客观化不足**。大多诊断依据凭借四诊所得资料,应用指标不多不准,更谈不上"三定"(定位、定性、定量),使病证的确定性显得不足。

3) **疗效标准个性化不显**。评定疗效千篇一律,均以治愈、好转、未愈三级来评定疗效,或者以临床治愈、显效、有效、无效四级来评定。没有针对病证的新罹久患、轻重缓急来区别对待。由于病证疗效评定的个性化不显,确切性就差了。这些不足恰恰是今后诊疗标准化研究的重点。

24."辨证论治"精髓说

人们常说:中医的精髓是"辨证论治"。也就是说中医防治疾病的核心或者模式是先辨别其证,再据证论治。

"证"为何物?"证"是机体在疾病发展过程中阶段性的病理概括,也就是病变部位、病因、性质、邪正关系等病理变化的本质。证候是疾病的证象(候者演变也),也就是机体在疾病发展过程中阶段性的各种症状的概括,即相互关联的一组症状的组合及其动态演变。辨证就是识别症及其证候,也就是疾病的病理概括(病位、病因、病性、邪正关系)及疾病的征象(关联症状的组合演变)。所以辨证的全面含义相当于包括病位、病因、病性以及一组症状及演变。比如外感风寒的辨证,病位在表、在肺卫,病因为风寒,病性属寒,一组症状有寒热,咳嗽,痰稀,节楚,苔薄白,脉浮紧等,其演变可化热入里。

然后根据风寒的辨证，确立辛温解表的治法，投以荆防败毒散。

辨证常用的方法有八种：各种辨证方法的总纲是表里、寒热、虚实、阴阳八纲辨证。各种辨证方法的基础是脏腑辨证，它以脏腑学说为根据，以五脏六腑的病变来识别归类各种证及证候。对于脏腑辨证的补充还有经络辨证、气血津液辨证和病因辨证，分别以经络、气血津液、病邪的病变来分析并识别证及证候。辨别外感病方面则有太阳、少阳、阳明、太阴、厥阴、少阴六经辨证、卫气营血辨证和上中下三焦辨证。这8种辨证既有区别又有联系而各有侧重。丰富多类的辨证方法使中医识病全面而且精确，是治病的前提和基础。

论治是辨证的归宿，治病的终端。由三个层次组成：

1）最高的层次是基本原则，又称“治则”，对于临床治疗具有指导意义。

择其要者有**八个治则**：①**“早期治疗”**，所谓“上工救其萌芽”，“下工救其已成，救其已败”（《素问·八正神明论》）；所谓“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”（《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》）。②**“治病求本”**（《素问·阴阳应象大论》），所谓“澄其源而流自清，灌其根而枝乃茂，无非求本之道”（《类经·论治》）。③**“轻重缓急”**，或称“标本论治”。急则治标，缓则治本，病证有轻重，治则有缓急。④**“扶正祛邪”**，也就是扶助正气，祛除病邪，扶正可以祛邪，邪祛正方安，视邪正之盛衰，定扶正祛邪之偏重或兼施。⑤**“因势利导”**，顺其病势，就近祛邪，所谓“其高者，因而越之；其下者，引而竭之”（《素问·阴阳应象大论》）。⑥**“以平为期”**，所谓“以平为期而不可过”（《素问·六元正纪大论》），治疗的目的以恢复机体的生理平衡为目标，如清热不伤阳，散寒不伤阴，补脾勿碍胃，补虚勿恋邪等等。⑦**“三因制宜”**，因人、因时、因地不同而治法各异，所谓治疗上的“个体化”，即治病的原则性同灵活性相结合。⑧**“配以调护”**，所谓“七分治疗，三分调护”，忽视调护，既延误康复时机，又会“食复”、“劳复”、“房复”，造成病情反复。

2）中间层次是**“汗、吐、下、和、温、清、补、消”八个治疗大法**。

3）最近的层次是**具体的治法**，如解表发汗法、清热泻火法、消食导滞法、调和肝脾法、疏肝解郁法、活血化瘀法、燥湿化痰法、清心开窍法、补气温阳法、滋阴养血法等等。治疗大法和具体治法通称治法。

辨证和论治既分又合，既独立操作又密不可分。“辨证论治”是中医学的主要特色和优势体现，它直接关乎于临证的疗效水准；关乎于杜绝误治、失治和败治；关乎于诊断不明或诊断虽明但缺乏特效的种种疑难病，运用它却能采用治疗方法并能奏效。例如临证见腹泻证，辨证论治即有6类：

1）黏冻血便：以湿热为主，用葛根芩连汤加清热解毒的马齿苋、白头翁，行气的木香、槟榔，导滞的山楂、神曲，见血便者再加凉血的丹皮、赤芍、地榆炭、银花炭。

2）便上带脓：按脾虚和湿热两证，按临证篇结肠炎辨证中药保留灌肠。

3）起泡冷沫：风邪夹寒，主方痛泻要方加木香、干姜。

4）水泄样便：暑湿者用藿香正气散，可佐利小便以实大便，用车前草、泽泻、桑白皮、竹叶、白花蛇舌草、冬瓜仁、泽兰。

5）大便溏薄：脾虚证用异功散，肾亏证用四神丸，均选加固涩品，如乌梅、芡实、诃子、禹余粮、赤石脂、五倍子、煅龙牡。

6）久痢不止：主方干姜黄芩黄连人参汤。偏气分加调气的木香、枳壳、陈皮。偏血分加和血的当归、白芍、血余炭、丹参。偏湿而呕加化湿的苍术、竹茹、生苡仁。

辨证论治是中医诊治疾病的模式和获取疗效的保障。在整理和继承的基础上，运用现代科学的知识、方法和技术加以研究、发扬和创新，使其规范化、客观化、标准化、科学化。辨证论治"四化"的实施之时，必将是中医学现代化实现之日，誉其为中医学的"法宝"，实不为过。

25. 倡导"单元组合辨证分类法"，实现辨证的实用化

辨证的主要依据靠四诊收集的第一手资料，而四诊的内涵主要靠病人的主观感觉，具有较大的随意性，加之病人尊重医者的心态以及医生主观臆想获得阳性资料的欲望，使其客观性大打折扣。另外，临证习惯于先订辨证分型或证候分类，再返回临床加以对应，而临床实际又十分复杂，患者的病变不受主观定型或分类的限制，可以多种兼夹，所以主观的分型或证类都难以反映患者的临床实际。如果分型或证类过多过细，则偏差就更大，造成辨证的不规范、不确切、不客观。有人就产生对辨证的怀疑，而且以"证同治不同"的结果加以引证。殊不知，从源头上看"证同"是否同？还是本来就有异或者小异、微异呢？一则资料的较大随意性，二则定型分类的较大主观性，使辨证虽然重要，但辨准却十分困难。受物质由化学元素组成的启发，如 H_2O 组成水，H_2O_2 组成过氧化氢，但其化学元素均为 H 和 O。**先确立几个辨证的单元，然后根据临床出现的病变加以组合，做出证候分类，就会比较符合临床实践**。

以冠心病为例，其本虚确立三个单元，即"心气虚损"、"心阴不足"、"心阳不振"，其标实也确立三个单元，即"痰浊闭塞"、"心血瘀阻"、"寒凝气滞"。

1）心气虚损证

主症：隐痛阵作，气短乏力，神疲自汗。

兼证：面色少华，纳差脘胀。

舌脉：苔薄白，舌质淡，脉沉细，或结代。

2）心阴不足证

主症：隐痛忧思，五心烦热，口干梦多。

兼症：眩晕耳鸣，惊惕潮热。

舌脉：苔净质红，脉细数或代促。

3）心阳不振证

主症：闷痛时作，形寒心惕，面白肢凉。

兼症：精神倦怠，汗多肿胀。

舌脉：苔薄白，质淡胖，脉沉细或迟弱或结代，甚则脉微欲绝。

4）痰浊闭塞证

主症：闷痛痞满，口黏乏味，纳呆脘胀。

兼症：头重身困，恶心呕吐，痰多体胖。

舌脉：苔黄腻，或白滑，脉滑数。

5）心血瘀阻证

主症：刺痛定处，面晦唇青，怔忡不宁。

兼症：爪甲青紫，发枯肤糙。

舌脉：舌紫暗，或紫斑，舌下脉络显露，脉涩或结代。

6）寒凝气滞证

主症：遇寒则痛，彻背掣肩，手足欠温。

兼症：胁胀急躁，畏寒口淡。

舌脉：苔薄白腻，脉弦紧或代。

每个单元确立2项主症和1项兼症，加之舌象和脉诊，尤以舌象为准，然后根据临诊实际加以组合，见什么病变组合什么证类。如"胸痹心痛·心气虚损、痰浊闭塞证"，"胸痹心痛·心气虚损、心阳不振、心血瘀阻证"，"胸痹心痛·心阴不足、心气虚损、寒凝气滞、心血瘀阻证"等等。证候分类的排列按轻重主次的顺序，有一个算一个。这种组合式的辨证分类法，可以反映临床病变的实际，比较符合错综繁杂多变的临床实际，相对做到辨证的准确性，便于实现辨证的实用化。

26. 辨证要准，主症要精

辨证要准有两个基础条件，一是**单元要精简**，不能繁杂，更不能类似。单元不确切，模棱两可，那么组合出来的证类必定模糊不确切，辨证就会失真。这点在虚证和实证的条目中还要详述。二是**主症也要精简**，主症是单元的必备症，不可几个单元均有，那样就缺乏针对性，单元就会模糊，单元的不确切，组合就没有精确可言，辨证也会失真。比如自汗和盗汗，理论上讲所谓"阳虚则自汗，阴虚则盗汗"，事实上临床上以玉屏风散补气温阳固表法治愈盗汗者不在少数，说明盗汗一症非但阴虚有之，阳虚也可见，这样的症状就不能列为主症。还如咳痰，理论上讲以色分寒热，白痰为寒，黄痰属热。事实上白黏痰投以三子养亲汤非但祛不了白黏痰，反致胸闷气促，咳痰更难，如果将白芥子换以葶苈子，则白黏痰自然就祛除了。说明白黏痰不属寒实为热。所以咳痰要作为主症，其辨别寒热不在色而在质，质稀者属寒，质黏者为热。还如麻木一症也不能作为主症，临床瘀血阻络可见麻木，痰浊阻络、血虚动风、肝阳化风等都能有麻木的症状。眩晕一症也是如此，痰浊蒙窍、瘀血阻窍、水不涵木、肝阳上亢、中气下陷等均可见之。所以列作主症必须是单一性。比如瘀血的刺痛定处，痰浊的口黏形胖，气虚的气短，阴虚的五心烦热等等。

单一性的主症临床并不多见。为了弥补其不足，常以主症为核心加以兼症来辨别。

如主症为失眠，兼见心悸健忘、乏力纳差就可辨为“心脾两虚”证类。有时多列几个主症配以兼症，以主症两项以上加以一项兼症来确立证类，如主症三项：胸闷痞满，口黏乏味，纳呆脘胀；兼症3项：恶心呕吐，头重身困，痰多且黏。如主症见两项，兼症见一项，组合起来便可确立为“痰浊闭塞”证类。当然主症和兼症都不能太多，以3～4项为宜。否则必然繁杂，给证类的确立带来麻烦。

中医辨证是个复杂工程，尤其是它尚未客观化、规范化时更是如此。临床还有不少特殊情况，有时症状和体征尚未显现，依靠四诊的方法不可能获取临床资料，而用西医的理化方法可很容易检测到病变，如早期的糖尿病，早期的高脂血症，早期动脉硬化，乙肝病毒携带者，镜下的血尿、蛋白尿等等，这种无证可辨的状态如果依据西医的诊断投以中药，所谓“辨病论治”、“专病专方”有时也能奏效。还有一种情况按中医的辨证论治，症状体征全部消失，以为已经治愈而经西医检测并未好转，血脂、血压未降，血糖未控制，镜下仍见血尿、蛋白尿，乙肝并未转阴等；有时西医检测指标已经复常，但中医的辨证论治判断症状体征并没消失，甚至加重。

凡此，充分显示“辨证论治”的复杂性，辨证要准谈何容易！单元组合也好，主症精化也好，只是一种探索，一种尝试。辨证要准从理论上，从临床上都是值得研究的课题。

27. 虚证分四类定五位

中医的虚证多见于内伤杂病，又名“虚损”，“劳伤”。病久体弱为“虚”，久虚不复为“损”，虚损日久为“劳”，此言其病位之深浅、病情之轻重。人称“杂病虚证十常八九”，并不过分。

回顾虚证的历史沿革。其奠基于《内经》：病因上的“五劳所伤”。《素问·宣明五气篇》：“久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋。”病机上的正气不足。《素问·通评虚实论》：“精气夺则虚”；《素问·评热病论》：“邪之所凑，其气必虚，阴虚者阳必凑之”；《素问·调经论》：“阳虚则外寒，阴虚则内热。”辨证上的“六脱”、“五脏虚”。《灵枢·决气》：“精脱者，耳聋；气脱者，目不明；津脱者，腠理开，汗大泄；液脱者，骨属屈伸不利，色夭；脑髓消，胫痠，耳数鸣；血脱者，色白，夭然不泽；脉脱者，其脉空虚。”《素问·藏气法时论》：“肝病者，……虚则目𥆨𥆨无所见，耳无所闻，善恐，如人将捕之。”“心病者，……虚则胸腹大，胁下与腰相引而痛。”“脾病者，……虚则腹满肠鸣，飧泄食不化。”“肺病者，……虚则少气不能报息，耳聋嗌干。”“肾病者，……虚则胸中痛，大腹小腹痛，清厥意不乐。”预后上的“五虚死”。《素问·玉机真藏论》：“五虚死，……脉细，皮寒，气少，泄利前后，饮食不入，此谓五虚。”治疗上的温补法。《素问·阴阳应象大论》：“形不足者，温之以气，精不足者，补之以味。”《素问·至真要大论》：“劳者温之，……燥者濡之，……散者收之，损者益之。”

《难经》的“五损论”。《十四难》：“一损损于皮毛，皮聚而毛落；二损损于血脉，血脉虚少，不能荣于五脏六腑；三损损于肌肉，肌肉消瘦，饮食不能为肌肤；四损损于筋，筋缓

不能自收持；五损损于骨，骨痿不能起于床。”“损其肺者，益其气；损其心者，调其荣卫；损其脾者，调其饮食，适其寒温；损其肝者，缓其中；损其肾者，益其精。”

《金匮》专设“虚劳”。仲景以五脏气血阴阳之损为虚劳的立论，实为纲举目张，尤其抓住脾肾之虚，很切中临床实际。强调甘温扶阳为疗虚大法，主张脾肾双补，补脾重于补肾。创组疗虚效方，如虚人外感，扶正祛邪的薯蓣丸；阴虚失眠，养阴除烦的酸枣仁汤；虚劳干血，去瘀生新的大黄䗪虫丸；虚寒脘痛，温中补虚的黄芪建中汤；虚劳失精，调和营卫的桂枝加龙牡汤；虚劳腰痛，温补肾阳的肾气丸。

《诸病源候论》的虚劳候。五劳（肺劳、肝劳、心劳、脾劳、肾劳），六极（气极、血极、筋极、骨极、肌极、精极），七伤（大饱伤脾，大怒气逆伤肝；强力举重，久坐湿地伤肾；形寒寒饮伤肺；忧愁思虑伤心；风雨寒暑伤形；大恐惧不节伤志）。

李东垣脾胃立论，著《脾胃论》。根据《内经》“胃气为本”，“得谷者昌，失谷者亡”和“五脏六腑皆禀气于胃”的理论，并师承张洁古“养胃气”的治法而创立“脾胃论”，提出“内伤脾胃，百病由生”的论点，主张治虚的重点宜放在调治脾胃上，倡导“补中益气”法。

朱震亨肝肾立论，著《丹溪心法》。主张“人之一身，阴不足而阳有余”。阴不足指肾脏阴精亏损，阳有余指肝肾相火妄动。“治虚大法以滋阴降火为首要。”

戴思恭心肾立论。著《证治要诀》，主张“五脏虽皆有劳，心肾为多，心主血，肾主精，精竭血燥则劳生，治劳之法，当以调心补肾为先，不易用峻烈之剂，惟易温养滋补，以久取效”。

赵献可命门立论，著《医贯》。认为“饮食入胃，犹水谷在釜中，非火不熟，脾能化食，全赖相火之无形者，在下焦蒸腐，始能运化”。主张治虚“补脾不如补肾”，推崇地黄丸的应用。

张介宾温补立论，著《景岳全书》。提倡“阳非有余，阴常不足”，认为“天之大宝，只此一凡红日，人之大宝，只此一息真阳”。主张治虚应当温补扶阳，创“右归丸”培右肾之元阳，“右归饮”治命门之阳衰，并依据阴阳互根学说，倡导“善补阳者必于阴中求阳，善补阴者必于阳中求阴”。景岳还发展了东垣的脾胃学说，认为“安五脏即可以治脾胃”，从脏腑的互相关系上扩展了调补脾胃的范围。

李士材脾肾立论，著《医宗必读》。提出“肾为先天之本，脾为后天之本”，治虚宜从脾肾着手。主张“救肾者，必本于阴血，血主濡之，血属阴，主下降，虚则上升，当敛而抑，六味丸是也。救脾者，必本于阳气，气主煦之，气为阳，主上升，虚则下陷，当升而举，补中益气汤是也”。又主张“气血俱要，而补气在补血之先，阴阳并需，而养阳在滋阴之上”。

汪绮石肺脾肾立论，著《理虚元鉴》，为仅有的治疗虚劳专书。阐发虚劳的病因病机，论治大法，预防措施，均自成体系。“虚劳六因说”：一为先天之因，二为后天之因（酒色劳倦，七情饮食所伤），三为痘疹及病后失调之因（正虚邪恋），四为外感之因（伤风不愈便成劳），五为环境之因（七情不损，五劳不成），六为医药之因；“虚劳主火论”阐发了“虚劳初起，多由于心肾不交，……毕竟是少火衰微，则成阳虚一路”，“木火刑金”，“虚

火"诸论;"治虚大法论"主张:"理虚有三本,肺脾肾是也,肺为五脏之天,脾为百骸之母,肾为一身之根"。"清金保肺,以宣清肃之令,平肝缓火,以安君相之位,培土调中以奠生金之母,滋阴补肾,以制阳光之焰。""虚劳重防论"认为:"在泄而不收者,宜节嗜欲以养精。在滞而不化者,宜节烦恼以养神。在激而不平者,宜节忿怒以养肝。在躁而不静者,宜节辛勤以养力。在琐屑而不坦夷者,宜节思虑以养心。在眷恋而不解脱者,宜节悲哀以养肺。""春防风,夏防暑,也防因暑取凉而致外感。长夏防湿,秋防燥,冬防寒,更防非节之暖而致冬温。"汪氏还提出虚劳用药有三禁:一禁燥烈,二禁苦寒,三禁伐气。

以上简要地归结历代医家疗虚的主体观点,颇具代表性,可见治疗虚证在内科学中的地位。虽然疗虚有各自的流派、各家的主张,学说纷纭,然而取效之道在于辨证的精确。

虚证的辨证大多运用脏腑和气血津液辨证法。单以脏腑来说,每一个脏腑大致有气、血、阴、阳四个虚证,每个虚证的临床症状少则六七个,多则十个以上。单纯的五脏六腑虚证就有近二十种。临床实际常常是异脏同病,虚证互兼,这样的组合,虚证类型就达几十种,临床症状多达几百个,造成辨证时难以适从,就是再高明的中医临床家也只能"抓住一点,少及其余",严重地影响着虚证辨证的精确度。所以从临床实际出发,急需把虚证的辨证简练化、实用化,尽可能地提高其精确度。

还是采用"单元组合式辨证分类法",以**气血阴阳四个基本虚证和五脏定位主症共九个单元,加以组合**,便可舍繁从简,一目了然。

1) 气虚证:气短促,苔薄白,舌质淡,脉沉细。

2) 血虚证:面皖白,唇色淡,舌质淡,脉细数。

3) 阴虚证:五心烦热,苔净质红,脉象细数。

4) 阳虚证:形畏寒,苔薄白,质淡胖,脉沉细,尺部弱。

5) 心主症:心悸。

6) 肝主症:胁痛。

7) 脾主症:肢倦。

8) 肺主症:咳喘。

9) 肾主症:腰痠。

组合举例:

心的虚证①心气虚证(气虚证加心悸);②心血虚证(血虚证加心悸);③心阴虚证(阴虚证加心悸);④心阳虚证(阳虚证加心悸);⑤心肺气虚证(气虚证加心悸、咳喘);⑥心脾两虚证(心血虚证加气虚证加肢倦);⑦心肾不交证(阴虚证加心悸、腰痠加心火);⑧心肾阳虚证(阳虚证加心悸、腰痠)等等。

一般而言,阳虚是气虚的进展,阳虚多兼气虚;阴虚是血虚的进展,阴虚多兼血虚。血随气脱,气虚可导致血虚;气因血衰,血虚可影响气虚。气和阴,阳和血,阳和阴均有体阴用阳、物质功能上的联系,因此要注意四个基本虚证的有机联系。

气虚主要指脾,血虚主要指心,阴虚主要指肾,阳虚主要指脾和肾。**临床常常异脏**

同病,归纳起来不外有九种:心肺气虚、心肾阳虚、心脾两虚、心肾不交、肝肾气虚、脾肺气虚、肝肾阴虚、肺肾阳虚、脾肾阳虚。凡此九种均可以上述九个单元组合分类,甚至三脏以上同病也能以此组合。总之虚证分四类五位,在临诊时便能有证可循,简单明了,易于掌握,既快又准,比较实用。

28. 实证有八大纲目

实证指邪实患病的证候,邪有 8 种,即淫、痰、饮、湿、滞、瘀、食、虫,故实证有八大纲目。

(1) 淫

淫即六淫,指风、寒、暑、湿、燥、火六种异常的气候变化。其致病的途径有两条,一是从皮毛侵袭,二是由口鼻而入,主要引发"外感病"。脏腑功能紊乱也能内生六气,除无内暑外,其余均分内外,即内外风、内外寒、内外湿、内外燥和外热内火,两者虽有内外之别又相关。淫邪中主要患病者系风、寒、火三邪。

1) 风邪:外风是外感病的总因,主要分辨风寒和风热。内风就是肝风,它有六个主症三个类型。六个主症为眩晕、肢麻、震颤、抽搐、强直和昏迷。**三个类型为:**①肝阳化风,如高血压、脑卒中,表现为眩晕、昏迷、卒中、震麻、舌红脉弦;②热极生风,如乙脑、流脑,表现为高热、抽搐、强直、昏迷、苔黄舌红、脉象弦数;③血虚动风,如电解质紊乱,表现为震颤、肢麻、舌淡、脉细。

2) 寒邪:外寒即风寒,又叫表寒、伤寒或风寒束肺、表实证、太阳伤寒证。外寒兼外燥(口鼻咽苔干燥,干咳)则称凉燥证。外寒以怕风为主,并有汗出则为表虚证,又称太阳中风证。外寒侵入经络筋骨,出现关节凉痛拘急,称为"寒痹"或"痛痹"。外寒直中脾胃,腹痛吐泻,四肢不温,称为"中寒"或"直中",寒凝于胃,系太阴病证。内寒即阳虚证,又叫虚寒证。

3) 火邪:温、热、火三者同性,仅轻重程度及病位不同。外邪者称温或热,内生者称为火。外热即风热,又叫表热、温病、热邪袭肺、卫分证。外热兼外燥称为温燥证。外热夹外湿(午后发热,汗出热不解,头重如裹,苔薄腻,脉浮软)称上焦湿热证,如发生在暑季则称暑湿证,也即外暑。**火有三个来源:**直接外感,五淫化火,五志化火。内火(即五志化火)应分清虚实,并注意其生风、动血。虚火同阴虚相关,亦称虚热证。实火以热盛证为主,苔黄、质红、脉数。**热盛证则有八个定位:**心火(口疮、心烦、口苦),肝火(胁满、目赤、易怒),脾热(消谷善饥、弄舌),肺火(黏痰、鼻干、鼻衄),胃火(龈肿、口渴引饮),小肠火(尿频、尿急、尿痛),大肠火(热结旁流、肛灼),膀胱热(淋浊、癃闭)。如兼伤阴(身热夜甚,斑疹隐现),扰神(心烦不寐),舌红绛脉细数为火停营分或称少阴热化证。如有动血生风(高热、斑疹、血证),舌紫绛有刺,脉虚数为火停血分或称血虚生风证。

(2) 痰

痰邪贮留肺脏(肺为贮痰之器),为有形之痰,主症有咳喘、咯痰、喉鸣。以其性质而别有四种:

1) 寒痰:清稀白沫,畏寒苔白。

2) 热痰:黄黏有块,烦渴苔黄。

3) 燥痰:难咯带血,咽干苔燥。

4) 湿痰:痰多易咯,纳呆苔腻。

痰邪流窜全身(脾为生痰之源),为无形之痰,主症有头重、胸闷、口黏、纳呆、苔腻、脉滑。

(3) 饮

饮即水饮,主要关系脾胃,多为局限,**因停蓄部位而分四种**:溢饮,停于肌肤,见水肿;支饮,停于膈上,见咳喘难卧;悬饮,停于胸胁,见胁胀引痛;痰饮,停于肠胃,见肠鸣、纳少。

(4) 湿

湿主指内湿证,大多热化,称为湿热证或湿温证。少部分可以寒化,称为寒湿证。内湿大部分停于中焦和下焦。中焦湿热证也称脾胃湿热证或肝胆湿热证。下焦湿热证也称大肠湿热证、膀胱湿热证或肝胆湿热证。

(5) 滞

滞即气滞,主要是肝气郁结。七情为病因,以胸脘腹胁的胀满作痛和情绪改变为主症,常见脉弦。滞也指气逆,**上逆之气有三个**:肺气上逆者咳喘,胃气上逆者呃逆,肝气上逆者眩晕。

(6) 瘀

瘀即瘀血。其成因为气滞、气虚、血寒、血热和外伤。**判断瘀血的存在有三个指标**:局部血结征(定处刺痛、拒按、肿块),全身血滞征(紫绀、舌质紫斑),离经血行征(血块瘀暗)。

(7) 食

食即食阻。主要停于胃脘,主症是脘腹胀痛拒按,厌食嗳腐,苔厚腻,脉滑实。

(8) 虫

虫即虫积。有六个判断指标:绕脐阵痛,异食纳差,面黄肌瘦,夜眠磨牙,孔窍搔痒,

五斑显露(眼、面、唇、爪、苔)。

以内伤杂病而言,临床常见**实证的兼夹有七种**:肝胃不和(肝为滞,胃为逆)、肝脾不调(肝为滞,脾为湿)、肝火犯肺(木火刑金)、肺胃实热、心热移肠、肝胆湿热和气滞血瘀。

实证的八个纲目,是从临床出发,为使辨证的实用化,尽量达到精确的要求所作的归纳简化,仅仅是初步的尝试,还需在临床实际中不断验证,以便提高完善。

29. 证候学应当计量评分,充分发挥优势

辨证论治是中医最明显的优势之一,更是提高临床疗效的核心。由于实施辨证,所以必定会有证候。中医最早应用"证"的概念系《内经》,常把"证"看做疾病的征象,如《素问·至真要大论》有曰:"病有远近,证有中外,治有轻重。"到了张仲景的《伤寒论》则较多地使用"证"的概念,但仍然是指疾病的征象。如"伤寒中风有柴胡证,但见一证便是,不必悉俱"。中医最早应用"候"的概念也系《内经》,但其只是阐述五运六气,如《素问·五运行大论》:"夫候之所始,道之所生,不可不通也。"真正把"候"的概念用作疾病的征象,要算隋代巢元方的《诸病源候论》。而将"证"与"候"组合起来应用,最早的是晋代王叔和的《脉经》,他在序中就有"声色证候"一说。嗣后,陶弘景和朱震亨等不少医家都沿用了"证候"一词。可见"证候"是中医特有的概念,它代表着"疾病的征象",具体地说它较确切地揭示了疾病发生的部位,病邪的性质,机体的功能状态,邪正相争的态势以及疾病的临床特征,也就是反映了疾病的本质。证候还提示着疾病的演变发展态势。中医重视病的区别,更重视证的判断。病是致病因素作用下机体损害的全过程。证是这个全过程中一定时期内疾病的本质反映,而证的判断又必须经过症的具体表现来识别。可见**中医的"辨证学"其最关键的组成便是"证候学"**。发挥中医的辨证优势,最根本的就是发挥证候学优势。

可是这个中医所特有的优势,却被当今的中医临床疏忽和淡化了。众多的临床总结报告,一味追求客观指标,特别去迎合西医的病理生理变化,或者局部的疗效判断,恰恰没有证候学的观察。比如时下绝大部分的冠心病中医治疗论文,详尽总结中医药缓解心绞痛的止痛率、心功能、血液流变学、脂质代谢等的改善率,而只字不提证候学的变化。少数论文虽然提及症状的改善率,却常常跟证候分开,"文不对题"。止痛率、指标改善率固然有说服力,也有置信度。但用的是补气活血法,治疗前后没有气虚血瘀证类的变化;用的是活血化瘀法,治疗前后没有心血瘀阻证类的变化;用的是芳香温通法,治疗前后没有寒凝气滞证类的变化;用的是扶正祛邪法,治疗前后没有本虚标实证类的变化。凡此种种就会缺少"中医味道",岂不是"废医存药"的"克隆"吗?没有证候学的观察,使辨证论治的优势"伤筋动骨",其无穷的后患就是直接影响中医诊治冠心病的疗效再提高。

造成证候学观察的疏忽和淡化,其因有两:一是中医证候学缺乏客观指标,缺乏规范,更少量化,临床观察的难度较大,精确度不够。二是临证中如果遇到"无证可辨"的

疾病，或者“证同治不同”的验例，那么证候学的观察难度就更大了。

矛盾已经产生：一方面证候学的优势不容置疑，另一方面临证操作相当困难。出路何在？提倡试行**“计量评分观察法”**。即按照证候（包括主症、兼症、舌诊、脉象）程度不同，出现状态有别，是否靠药物缓解，以及是否影响生活和工作，从0分到4分评为5级。比如：证候明显，经常持续出现，有时靠药物还不能明显缓解，影响生活和工作者评为4分；证候较明显，经常出现，靠药物基本缓解，一般不影响生活和工作者评为3分；证候时现时无，靠药物可以缓解，不影响生活和工作者评为2分；证候偶然出现，不需服药可自行缓解，不影响生活和工作者评为1分；证候消失或无证候者评为0分。疗前疗后分别统计证候的分值，再按如下公式计算：[（疗前总分－疗后总分）/疗前总分]×100%。如果评分为0或分差≥70%者评为显效；分差50%～70%者评为有效；分差≤50%者评为无效；疗后增分者评为加重。虽然这套“计量评分法”比较原始，也不完善，尤其是客观化不足，但总算把量的概念引入了中医的证候学，是一种起步吧！取决于中医学的自身特点，“证候学”的研究既不能“脱离病而言证”，也不能“言证而不言病”，应当病证结合，但要注意“略于病而重于证”，要注意计量化、规范化和客观化。

30. 四诊的关键在于舌诊

中医通过望、闻、问、切四诊，收集临证资料，通过分析归类，以确定诊断，辨明病因病机，病位病势并预测病性变化顺逆，从而制定相应的理法方药。所以四诊是中医辨病的手段和辨证的依据。它可辨病定性、辨证分类，以及识病证之轻重顺逆，这便是四诊在中医诊断学中的价值。

四诊主要由患者及其家属的主观感觉及诉述，结合医者的直观来收集临床病变的资料而确定，所以有较大的主观性和随意性，也就是难免掺杂“水分”，直接影响诊断的精确度。四诊中惟独舌诊最为客观。舌诊主要由医者直接观察，分为舌苔、舌质和舌体三部分。由于观察舌诊的时限很短，最多5秒，连续2次。所以服从于临床的角度，舌诊更须实用化。

舌苔观其色，黄苔属热，白苔属寒。**观其厚薄**，厚苔属实，为痰湿或食阻；苔薄属正常、表证或虚证，为气、血、阴、阳之虚。**观其润燥**，润者属正常，阴津不伤，燥者为伤阴亏津；**舌质观其色**，淡红色属正常，淡白色属气虚或阳虚，红色属阴虚或实火，绛色为热入营血，紫色为寒盛或瘀血，紫斑为瘀血。**舌质观胖瘦**，舌胖即齿痕舌或裙边舌，属阳虚证，瘦舌属阴虚证；舌体变化大多属危重证。如舌卷、舌颤、舌歪、舌痿，均属中风。动风危象病人常伴神志症状，朦胧，甚至昏迷，可以慢慢地仔细观察舌体变化。

舌诊虽然可以直接观察，但常因光线的影响，目测的差异以及染色、饮食等因素而产生误差。为此，不少学者利用现代科技的手段对舌诊研究做了有益的探索。例如舌微循环检测法，青紫舌是中医临床诊断瘀血的重要指标，舌尖微循环研究观察发现青紫舌有明显的微循环障碍，表现为异形微血管丛、瘀血微血管丛、扩张微血管丛均增多，血

细胞聚集明显,流速减慢,血色暗红及出血,微循环呈严重淤滞。淡白舌是中医诊断气虚、阳虚的重要指标,出现微血管丛减少,管襻口径变细、血色淡红、微血管周围渗出明显、乳头肿胀、微循环呈低灌注状态。红绛舌是中医诊断热入营血的重要指标,见到舌尖菌状乳头横径增大、微血管丛、异形微血管丛增多、血色鲜红、血管图像清晰、微血管呈充血状态,说明三种舌象均有微循环障碍,但又各具特征,对于三种舌象的鉴别提供了客观指标,可见舌尖微循环检测法有助于舌诊的更加客观化。

为了消除医者的视觉差异,研制成各种舌色仪,特别是电子计算机控制的多功能舌象仪,还根据国际色位制成舌色板和舌诊色谱,对照观察,更加逼真。有一种物理舌诊仪,采用光谱分析的原理,检测舌色的差异性。淡白舌有五种光分量值,均呈显著降低,尤以红、橙黄、绿三色明显。黯舌者,黄、紫光分量增高,黯紫舌者增值更高。舌诊的这些定量化的检测法,使其精度符合率均有明显提高。

舌诊直观,客观性最大,通过现代科技方法的运用,其精确度更高。舌诊可以"一望而得",是四诊中的关键。

31. 脉诊宜粗不宜细

三指切脉是中医学的标志,脉诊已自成体系,称之"脉诊学",是中医学的重要组成。脉诊列于望、闻、问、切四诊之末,但它是惟一接触机体的诊断方法或技术,具有不可替代的地位。中医师不切脉将成何"体统"! 脉诊学又是一门十分综合和复杂的技术操作。王叔和在《脉经》的序言中对脉法有过评价:**"胸中易了,指下难明"**,说明指下辨明脉法的难度。例如弦脉、紧脉、洪脉、实脉、滑脉、疾脉等,理论上、文字上都能描述清楚,加以区分,但到"指下"就很难辨明。至于《内经》中的某些脉象,如"屋漏脉"、"雀啄脉"、"解索脉"、"虾游脉"、"釜沸脉"、"散叶脉"、"省客脉"、"横格脉"、"交漆脉"、"颓土脉"等更会指下难明了。有道是:"脉理精微,其体难辨"。所以从临床实际出发:脉诊不可丢,脉诊不可杂,脉诊宜粗不宜细。

脉诊宜粗者,分清九种主脉,组合各种兼脉。

1) 浮脉:脉位浅表,轻手可得,举之有余,按之不足,主表证。

2) 沉脉:脉位深在,重手乃见,举之不足,按之有余,主里证。

3) 迟脉:脉率迟缓,一息不及四至,主寒证。

4) 数脉:脉率数疾,一息五至以上,主热证。

5) 滑脉:脉来流利,如盘滚珠,主痰浊或妊娠。

6) 涩脉:脉来不畅,如刀刮竹,主瘀血。

7) 弦脉:脉来有力,如按弓弦,主气滞。

8) 细脉:脉体细小,如线如丝,主虚证。

9) 促结代脉:脉率不整。脉迟,时有一止,没有常数为结。脉数,时有一止,没有常数为促。定数中止为代。结代促均系重证。

临证常见的多为兼脉。其概要者：浮紧风寒，浮数风热，浮濡伤暑，浮而有力表实，浮而无力表虚；沉迟里寒，沉数里热，沉滑痰浊、食阻，沉涩瘀血，沉细血虚、阴亏；弦迟气滞寒凝，弦数气滞热壅，弦滑气滞痰浊，弦涩气滞血瘀，弦细阴虚阳亢；沉细气虚阳衰，细数阴虚内热；结代痰浊、瘀血内阻、气虚不能运血、阳衰不能温血；代散脏气衰微，濒死之兆。

32.“舍症从脉”更应“舍症从舌”

“舍症从脉”语出《景岳全书》：“凡治病之法，有当舍症从脉者，有当舍脉从症者。”当无症可辨或者症脉分离不一致时，以脉为准进行辨证，确立证候分类，这便是“舍症从脉”。反过来以症为准进行辨证，确立证候分类，则称“舍脉从症”。

《内经》是脉诊的渊薮。脉诊来源于经络，是经络检查方法的一种，包含脉法和色脉。脉法是“遍身诊法”，如三部九候诊法和十二经诊法，所诊的位置都是各个经的动脉跳动的穴位上，所谓诊“脉气”。而色脉则是视察络脉的颜色。嗣后，遍身诊法被“独取寸口法”所替代，色脉则归入色诊法中而脱离了脉诊。《难经》第一难便明确提出“独取寸口法”，为后世脉法遵循。张仲景引进脉诊并归入辨证论治体系之中，使“独取寸口法”成为辨证的重要依据之一，而且沿用至今。王叔和的《脉经》是脉诊学的第一部专著，完善了“独取寸口法”的技法和内涵，并定出脉名、脉形、主病证的范围，寸关尺三部分主脏腑的位置。李时珍著《濒湖脉学》，以《内经》为宗，在24种病脉的基础上，修正了革、劳二脉，并补充长短脉而形成较为合理的27种病脉。由于其简明易懂，利于推广，成为现代脉诊学的准绳。毋庸置疑，脉诊学在辨证中的地位无法替代。

脉与症均是病证征象的反映，由症识病，凭脉定性。但是病证常常繁杂，病性变化难测，加之合病宿疾，使临证并非单纯，常有真假之异、错杂之变；有些病证症隐脉现，或缺症仅脉。故治法无凭，便有症脉之取舍。其说最早见于陶节庵的《伤寒六书》：“有症变者，或有脉变者，或有取症不取脉者，或有取脉不取症者。”脉症的取舍决不可主观臆断，务必脉症互证互勘，综合分析，透过表象，由表及里，由此及彼，知常达变，去伪存真，揭示本质，方能做出合乎临床实际的正确辨证，然后据证定法，有效论治，否则会误治、失治，后患无穷。

试举2案：

例1　李右　58岁，胸闷隐痛两载，每于情绪波动时发作，头重纳呆，浑身困乏，甚则脘腹痞满，食入更显，两便通调，苔黄腻，脉沉细。据症分析属痰浊化热，阻遏胸阳，不通则痛。凭脉分析则属气虚阳衰，运行无力，不荣而痛。两者治则完全相反，如以痰浊立法，以通为治，更伤阳气之虚，则有“虚虚”之害；反过来，如以虚证施补，则有“实实”之虑。此例最终投以温胆、小陷胸加瓜蒌、薤白之类，月余而缓，这是“舍脉从症”的案例。

例2　张右　67岁，心区隐痛时作时休，反复发作已历三载。生气劳累时诱发，发作时心慌且烦，神疲肢困，不能动作，动则加重，四肢不温，纳谷不香，苔薄白腻，脉弦滑。

症乃虚寒内生，心阳不振，运化乏力，不荣而痛。脉乃肝郁寒凝，痰浊痹阻，不通则痛。辨证不同，论治相反。本例终以瓜蒌薤白桂枝汤合四逆散化裁，2周缓解。这是“舍症从脉”的案例。

舌诊是四诊中望诊的重要组成，舌诊学同样是中医辨证诊断学的一个标志，中医不望舌同样不成其医。舌诊起源于《内经》，虽然没有专题论述，但对不同病证的舌象已有多处描述，如邪热亢盛可见舌干、舌烂，表热传里舌苔变黄，心病和肝经气绝可见舌卷等等。张仲景则第一次将舌诊引入辨证论治体系，将舌诊的变化作为辨证的主要依据，而且第一次将舌苔和舌质区分开来。如提出燥舌主热，青舌主瘀，滑苔属阴证，黄苔主里热实证等等。王叔和的《脉经》则第一次将舌诊和脉象结合起来。如“心脉搏坚而长，当病舌卷不能言”，“脉代，舌焦干黑者死”，“伤寒发热……头痛目黄，舌上苔滑，烦躁，脉滑实”等等。元代有了第一部舌诊专著《金镜录》，辨舌有36法，为舌诊学进入辨证诊断学打下了基础。但其单纯以舌辨证，难免片面性，舌与苔的配合亦多不切中临床实际。直至明清温病学说的兴起，才使舌诊学广泛用于临床而进入全盛时期。其代表著作有：申斗垣的《伤寒观舌心法》，在《金镜录》的基础上，集明代以前舌诊大全，扩展为137舌；张诞先的《伤寒舌鉴》，增图120帧，分白、黑、黄、灰、红、紫、霉酱、蓝八类，各图均有说明，简明概要；傅松元的《舌胎统志》，以舌色为纲，分为枯白、淡白、淡红、正红、绛、紫、青、黑八门，作为辨证的依据；刘恒瑞的《察舌辨证新法》，提出白、黄、黑三种舌苔的辨证方法，理论联系实际、有临床参考价值；曹炳章的《彩图辨舌指南》，集历代舌诊精华和论点于一书，并绘有彩图122帧，墨图6帧；杨云峰的《临证验舌法》，以舌质与舌苔的形色来分析阴阳虚实，十分符合临床，有重要参考价值。舌诊学的广泛应用冲击了脉诊学在中医辨证诊断学上的主导地位。由于舌诊比脉诊更加直观，一目了然，所以在四诊中就更具客观性。上面两个案例，无论“舍脉从症”还是“舍症从脉”，**舌诊的定性都起着至关重要的作用**。因此当真假难辨、症情错杂、难以辨证时，**应当“舍症从脉”，更应当“舍症从舌”**。

33. 腻苔的危害及其纠正

腻苔无论厚薄均主实邪，多见为痰浊，也有食阻。黄腻者痰热或食阻热化，临床常见，白腻者痰浊或食阻寒化，临床少见。痰浊和食阻是实邪致病中的重要病因，也是病理产物。由于“胃气为本”，痰浊、食阻均为影响中焦脾胃的运化吸收，加之中医汤剂治病，主要由脾胃吸收，发挥药效。临床见到腻苔如不及时祛除，一则病势多变，二则影响药效发挥。腻苔的危害显而易见。

纠正腻苔应以温胆汤合保和丸化裁，主要的药味有竹茹、枳壳、云苓、陈皮、莱菔子、焦三仙。黄腻热化宜选加连翘、公英、桑白皮之类。白腻寒化宜选加半夏、木香、厚朴之属。还应配用透窍行气的石菖蒲、郁金；分利两便的车前草、草决明，这是第一步。投之腻苔不退，可以“三竹”换用：便干热盛改用天竹黄，痰多咳促改用竹沥水，这是第二步。

不效再加茵陈 15g后下、泽泻 10g,以增利湿祛痰之功,这是第三步。再不效,加入散结的海藻 15g、昆布 15g,这是第四步。腻苔依然不退,最后可加软坚的生龙骨 30g、生牡蛎 30g、海蛤壳 30g。见腻苔先退腻这是临证取效之道。上述**五步退腻法**,一般便能达到退腻目的。

34. 论治宜活及间治取效

虽然以证立法,以法论治,是谓常规,但是为提高疗效之计,论治仍应灵活,切忌刻板。比如胁痛一证,常法必以疏肝理气,一证一法,无可非议。但疏肝理气投之无效,何以应对?当有灵活之举。气滞必有血瘀,理气乏效,改用活血,所谓血行气畅;治肝乏效,投以健脾,所谓扶土抑木。由理气一法,衍出活血、健脾两法,法多效必佳,此乃活矣。故论治宜活,实为提高疗效之举矣。

气虚补气,血亏养血,气滞疏肝,血瘀活血,此乃直接治疗。**然论治之活,重在间接治疗**,常为医者疏忽。间接治疗涉及面广,可以开阔思路,丰富治法,行之有效。首先可以应用气**血阴阳的互相关系,实施间治**。比如气虚者,依据血为气母的关系,在补气药中佐以养血之品,如当归、生地、阿胶等,其补气之力常可倍增;血亏者依据气为血帅,在养血药中佐以补气之品,如生芪、党参、仙鹤草,其养血之功竟能骤增;至于壮水制阳,**阴中求阳**,在温阳药中,佐以滋阴的枸杞子、女贞子、生地等;益火敛阴,**阳中求阴**,在滋阴药中佐以温阳的蛇床子、补骨脂、鹿角霜等,其温阳或滋阴之效必将更为明显。还如**利用肝脾关系**,见肝旺时投扶土药如炒白术、云苓、扁豆衣、生苡仁、黄精等,扶土以抑木;脾虚时投柔肝药如当归、白芍、薄荷、木香、首乌等柔肝以健脾。**利用肺合大肠的关系**,便秘时投清肺药如全瓜蒌、白菊花、炙杷叶、葶苈子、桑白皮等,清肺以润肠;肺阴不足时投通便药如草决明、桃仁、莱菔子、制大黄、女贞子等通便以润肺;还可投泻肝药如生栀子、黄芩、夏枯草、知母等泻肝以润金。**利用脾肾同本的关系**,见脾虚时,投益火温肾药如仙灵脾、肉桂、生杜仲、补骨脂等益火以生金。**利用肝肾同源的关系**,当肝阴、肝血不足时,投滋肾药如枸杞子、女贞子、生地、黄精、桑椹等滋肾以柔肝,这些滋肾药还可宁心安神,当心血不足、心神不宁时常可配伍。肺气虚时,可**根据土生金的关系**,投补脾的党参、白术、云苓、大枣、扁豆等培土以生金。这种**间接治疗的方法还可连用**,比如肺结核气虚汗多的患者,利用培土生金法,以补脾药为主,用四君子汤,再利用益火生土法,配温肾益火的金匮肾气汤,比单纯直接治疗投百合固金汤效果会大不一样。

在中医理论指导下,采取间接疗法,能明显提高疗效,这也是论治宜活之说。

35. 三十六则补虚法应用述要

《素问·至真要大论》云:"散者收之"、"燥者润之"、"脆者坚之"、"衰者补之"、"劳者温之"、"损者益之"等等,皆言虚证之治则治法,总云"虚则补之"(《素问·三部九候论》),

"形不足者,温之以气;精不足者,补之以味"(《素问·阴阳应象大论》)矣,归纳虚证补虚法共36则,临床应用述要如下:

1)补气法:适用于气短乏力,苔薄白,舌质淡,脉沉细的气虚证。主方是《和剂局方》的四君子汤,主药是参类、炒白术、云苓、仙鹤草、扁豆衣。

2)益气升提法:适用于气短,脏器下垂,慢性泄泻,苔薄白,脉细弱的中气下陷证。主方是《脾胃论》的补中益气汤,主药是生芪、参类、升麻、柴胡、桔梗。

3)益气固表法:适用于气短,汗多,怕风,苔薄白,脉浮细的表虚证。主方是《世医得效方》的玉屏风散,主药是生芪、炒白术、防风、浮小麦、生牡蛎。

4)补益心脾法:适用于气短心悸,苔薄白,质淡嫩或淡红,脉沉细弱的心脾两虚证。主方是《济生方》的归脾汤,主药是生芪、当归、参类、云苓、龙眼肉、炒枣仁、鸡血藤。

5)补气摄血法:适用于气短乏力,苔白质淡,脉象细数的各科血证的气虚失血证。主方是《内外伤辨惑论》的当归补血汤,主药是生芪、当归、仙鹤草、生牡蛎。

6)补气固脱法:适用于大出血后气微,肢厥面㿠,舌苍白,脉细微的气随血脱证。主方是《伤寒大全》的独参汤,主药一味人参重用100～300g浓煎顿服。

7)补心安神法:适用于气短心悸,心区隐痛,苔薄白舌质淡,脉沉细的心气不足证。主方是《证治准绳》的养心汤,主药是参类、生芪、云苓、当归、柏子仁、炒枣仁、五味子。

8)补气行血法:适用于气短,胸痹,麻木,苔薄白,质紫斑,脉细涩的气虚血瘀证。主方是《医林改错》的补阳还五汤,主药是重用生芪,生地、当归、川芎、赤芍、地龙、仙鹤草、鸡血藤。

9)补益心肺法:适用于心悸咳喘,气短胸憋,苔薄白,舌质淡,脉细数的心肺气虚证。主方是《博爱心鉴》的保元汤,主药是参类、生芪、北沙参、紫菀、百合、川贝。

10)补肺健脾法:适用于咳喘,气短,便溏,纳呆,苔薄白,舌质淡,脉沉细数的肺脾气虚证。主方是《医学正传》的六君子汤,主药是参类、炒白术、云苓、法半夏、陈皮、仙鹤草、木香。

11)补血法:适用于心悸,面白,唇淡,苔白质淡,脉沉细小数的血虚证。主方是《和剂局方》的四物汤,主药是生地、当归、白芍、仙鹤草、生芪。

12)养血安神法:适用于怔忡失眠,面㿠质淡,脉象沉细的心血不足证。主方是《金匮要略》的酸枣仁汤,主药是生地、当归、炒枣仁、云苓、夜交藤、鸡血藤。

13)气血双补法:适用于气短心悸,乏力纳呆,苔白质淡,脉沉细小数的气血两虚证。主方是《正体类要》的八珍汤,主药是参类、生芪、生地、当归、云苓、芍药、白术、生杜仲、黄精。

14)温经活血法:适用于腹痛且凉,经少经闭,苔薄白,舌质淡,脉沉细迟的寒客血脉证。主方是《金匮要略》的温经汤,主药是桂枝、白芍、生地、当归、炮姜、艾叶、生山楂、丹参。

15)回阳救逆法:适用于面白冷汗,四肢厥冷,苔薄白,质淡胖,脉细微的阳气虚脱证。主方是《正体类要》的参附汤,主药是参类、附片、五味子、生龙牡。

16）增液生津法：适用于口干咽燥，苔薄质燥，脉象细数的津液亏虚证。主方是《温病条辨》的增液汤，主药是生地、麦冬、玄参、芦根、五味子。

17）滋阴安神法：适用于五心烦热，心悸失眠，苔净质红，脉象细数的心阴亏损证。主方是《摄生秘剖》的补心丹，主药是生地、天冬、麦冬、茯苓、丹参、炙远志、炒枣仁、柏子仁、当归。

18）滋阴润肺法：适用于五心烦热，咳喘腰痠，苔净质红，脉沉细数的肺肾阴虚证。主方是《医方集解》的百合固金汤，主药是生地、麦冬、百合、川贝、当归、芍药、桔梗、生杜仲。

19）清肺润燥法：适用于干咳鼻燥，喘促口渴，苔净质红少津，脉细数的燥邪犯肺证。主方是《医门法律》的清燥救肺汤，主药是麦冬、阿胶珠、生石膏、桑叶、炙杷叶、杏仁、北沙参。

20）滋养胃阴法：适用于口干喜冷饮，咽燥龈肿，胃痛嘈杂，舌红少苔，脉象细数的胃阴不足证。主方是《温病条辨》的养胃汤，主药是麦冬、沙参、生地、玉竹、知母、生苡仁、乌梅、芦根。

21）滋补肝血法：适用于眩晕肢麻，震颤目干，经少失眠，舌淡脉细的肝血不足证。主方是《医宗金鉴》的补肝汤，主药是生地、当归、白芍、炒枣仁、草决明、菊花、麦冬。

22）滋阴潜阳法：适用于眩晕眼花，腰痠失眠，苔净质红，脉沉细数的肝肾阴虚证。主方是《医级》的杞菊地黄丸，主药是枸杞子、菊花、生地、黄精、泽泻、丹皮、川牛膝、川芎。

23）滋阴降火法：适用于五心烦热，眩晕耳鸣，口燥梦遗，潮热骨蒸，苔净质红，脉沉细数的阴虚火旺证。主方是《医宗金鉴》的知柏地黄丸，主药是知母、黄柏、生地、黄精、泽泻、云苓、草决明、银柴胡。

24）滋补肾阴法：适用于腰痠腿软，五心烦热，苔净质红，脉细沉数的肾阴不足证。主方是《小儿药证直诀》的六味地黄丸，主药是生地、黄精、山药、泽泻、生杜仲、女贞子。

25）交通心肾法：适用于腰痠失眠，心悸且烦，苔净质红，脉象沉细的心肾不交证。主方是《伤寒论》的黄连阿胶汤，主药是生地、麦冬、阿胶、黄连、炒枣仁、夜交藤、肉桂。

26）补肾益精法：适用于咳嗽潮热，形瘦劳倦，腰膝痠软，舌红少苔，或见裂纹，脉细弱的肾精空虚证。主方是《医方集解》的河车大造丸，主药是人参、生地、龟板、紫河车、生杜仲、黄柏、天冬。

27）补肾固摄法：适用于腰痠膝软，遗精遗尿，早泄汗多，苔净质淡红，脉细弱的肾气不摄证。主方是《济生方》的秘精丸，主药是生地、菟丝子、益智仁、生牡蛎、川断、补骨脂、芡实、桑螵蛸。

28）补肾纳气法：适用于腰痠喘促，短气汗出，苔白质淡胖、脉沉细的肾不纳气证。主方是《济生方》的人参胡桃汤，主药是人参、补骨脂、巴戟肉、核桃仁、川牛膝、紫菀。

29）补益肺肾法：适用于咳喘腰痠，面赤呃逆，难卧咽干，苔少质红，脉象细数的肺肾气虚证。主方是《医宗己任篇》的都气丸，主药是五味子、生地、黄精、泽泻、云苓、丹

皮、金银花。

30）温运脾阳法：适用于腹痛腹泻，食少懒言、四肢不温，苔白质淡胖，脉沉细的脾阳不振证。主方是《伤寒论》的理中汤，主药是参类、炒白术、干姜、乌药、木香。

31）温补脾肾法：适用于心腹冷痛，喜暖喜按，便溏肢冷，吐利转筋或妇女痛经，带下清稀，苔白质淡胖，脉沉细尺弱的脾肾阳虚证。主方是《和剂局方》的附子理中汤，主药是制附片、参类、炒白术、干姜、云苓、补骨脂。

32）温脾行水法：适用于浮肿尿少，腰下更著，胸腹胀满，身重厌食，手足不温，苔厚腻或白滑，舌质淡，脉沉细迟的脾肾阳衰证。主方是《济生方》的实脾饮，主药是制附片、干姜、草果、炒白术、云苓、厚朴、大腹皮、木香。

33）温阳化水法：适用于肢体浮肿，心悸腰痠，四肢沉重，苔白质淡，脉沉细尺弱的心肾阳虚证。主方是《伤寒论》的真武汤，主药是制附片、云苓、白术、白芍、桂枝、泽泻、葶苈子。

34）温补肾阳法：适用于腰膝冷痛，小便不利，夜尿频短，少腹拘急或喘咳，水肿，久泄，苔白质淡胖，脉沉细尺弱的肾阳不足证。主方是《金匮要略》的肾气丸，主药是制附片、桂枝、生地、云苓、泽泻、丹皮、山药、黄精、仙灵脾、生杜仲。

35）暖肝散寒法：适用于两胁小腹疝气寒痛，阴囊冷痛，形寒肢冷，喜暖畏寒，苔白脉弦缓的寒凝肝脉证。主方是《景岳全书》的暖肝煎，主药是枸杞子、当归、肉桂、小茴香、乌药、干姜、云苓。

36）疏肝健脾法：适用于寒热往来，乳胀胁痛，眩晕口苦，纳差脘胀，月经不调，舌苔薄腻，脉象弦细的肝木侮土证。主方是《和剂局方》的逍遥散，主药是柴胡、当归、白芍、白术、云苓、薄荷、川楝子、生栀子。

36．实证论治六要

实证归纳有淫、痰、饮、湿、滞、瘀、食、虫八种。治疗实证有六个要点：

1）**先调中焦脾胃**。也就是先祛痰湿食阻。《素问·平人气象论》曰："胃气为本"，脾胃运化至关重要，脾运化失常，影响消化吸收，百病丛生。而脾胃之实邪首推痰湿食阻，故治疗实证之首要乃祛痰湿食阻也。其法有四个组成：①祛痰，投莱菔子、竹茹、云苓；②开胃，用焦三仙、鸡内金；③醒脾，人木香、枳壳、陈皮、砂仁；④因痰湿食阻最易蕴热，故佐清热之品，如连翘、公英、黄芩、栀子。

2）**给邪以出路**。祛实邪，给出路，以使其排出体外，出路有四条：通过微汗从肌表出，如用防风、桔梗、蝉衣，但忌大汗，以防伤心阳和卫气；通过缓泻从腑行出，如用制大黄、全瓜蒌、草决明、菊花，但忌峻下，以防伤正，特别是伤脾胃之正气；通过淡渗从溲溺出，尿中排邪最为安全，而且排出量大，可用车前草、泽泻、竹叶、石韦、生苡仁；通过凉血从营血出，可用生地、丹皮、赤芍、生栀子。

3）**疏通为先**。疏通方能祛邪，其法有四个：透窍，闭窍之邪必须透之，用川芎、石菖

蒲;理气,专通气滞之邪,用柴胡、郁金;活血,专疏阻血之邪,用泽兰、王不留行;温通,专散寒凝之邪,用桂枝、川椒。

4) **重视反佐**。祛邪之品常有偏性,反佐者可缓其烈性,防止偏差。如用热药时,寒性反佐选加公英、连翘、栀子、白花蛇舌草、苦参、黄柏、猪胆汁;反过来用寒药时,热性反佐选加肉桂、乌药、仙灵脾、高良姜、干姜。

5) **注意引经**。使药到病所,专攻其邪而能增强祛邪之力。分部引经,上行者用升麻、桑枝、姜黄、葛根、柴胡、蝉衣、菖蒲,用量宜轻;下行者用川牛膝、木瓜、独活、车前草、泽泻、生苡仁,用量宜重。分脏引经,入心用川黄连、炙远志、琥珀、朱砂,入肝用川楝子、薄荷、桔梗、柴胡,入脾用砂仁、干姜、法半夏,入肺用桔梗、橘红、桑白皮,入肾用黄柏、肉桂、川牛膝。

6) **中病即止**。祛邪药量大,久服常易伤正,故应中病即止,以防伤正,掌握三个原则:投药时避免攻伐太过之品,如法半夏、苍术之燥性,附片、肉桂之热性,龙胆草、白头翁之寒性,虫类药之毒性;取效即止,不宜久用长服;以和胃收功善后,如服保和丸餐后3g。

37. 实证六法四十五则运用

《素问·三部九候论》指出:"实则泻之"是治疗实证的总则。《素问·至真要大论》则把治疗实证归纳为六法,即汗法"客者除之",下法"留者攻之",和法"急者缓之"、"逸者行之",温法"寒者热之",清法"热者寒之",消法"坚者消之"、"结者散之"。六法中具体又有45则,其运用归纳如下:

(1) 汗法

1) 辛温解表法:适用于寒重热轻,恶寒无汗,头项强痛,鼻塞声重,咳痰骨楚,苔薄白,脉浮紧的风寒表证。主方是《摄生众妙方》的荆防败毒散,主药是荆芥穗、防风、柴胡、羌活、川芎、桔梗、前胡。

2) 辛凉解表法:适用于热重寒轻,咽痛汗出,咳痰黏稠,苔薄黄,脉浮数的风热表证。主方是《温病条辨》的银翘散,主药是金银花、连翘、芦根、川芎、云苓、车前草、薄荷、菊花、牛蒡子。

3) 滋阴解表法:适用于头痛身热,微恶风寒,咳嗽咽干,心烦口渴,舌红苔黄,脉浮细数的阴虚表证。主方是《通俗伤寒论》的加减葳蕤汤,主药是薄荷、桔梗、玉竹、白薇、荆芥穗、芦根。

4) 益气解表法:适用于恶寒发热,头痛鼻塞,咳嗽痰多,胸膈满闷,气短乏力,苔薄白,脉浮弱的气虚表证。主方是《和剂局方》的参苏饮,主药是党参、苏叶、葛根、法半夏、云苓、陈皮、前胡、木香。

5) 化痰解表法:适用于恶寒发热,面浮喘急,干呕胸痞,痰多而稀,身重而痛,苔白

滑，脉浮紧的痰饮表证。主方是《伤寒论》的小青龙汤，主药是麻黄、细辛、桂枝、法半夏、干姜、芍药。

6）清热解表法：适用于身热恶寒，咳喘汗多，口渴喜饮，苔薄黄，脉浮数的风寒外束肺热内郁证（寒包火证）。主方是《伤寒论》的麻杏石甘汤，主药是麻黄、杏仁、生石膏、炒葶苈子、桑白皮、鱼腥草。

7）通下解表法：适用于恶寒壮热，头痛咳喘，胸闷咽干，便秘尿赤，苔厚腻，脉弦滑的风热里实证。主方是《宣明论》的防风通圣散，主药是防风、荆芥、薄荷、生石膏、生栀子、连翘、大黄、川芎、草决明、全瓜蒌、当归。

8）祛暑解表法：适用于寒热头痛，胸膈满闷，脘痛吐泻，苔薄白腻，脉濡细而软的暑湿表证。主方是《和剂局方》的藿香正气散，主药是藿香、苏叶、白芷、厚朴、陈皮、云苓、法半夏、炒白术、大腹皮。

（2）下法

9）泻火攻下法：适用于潮热谵狂，脘腹胀满，按之痞硬，大便燥结，苔焦黄燥裂，脉沉滑有力的阳明腑实证或高热烦躁，腹满作痛，下利秽浊，便后不畅，苔焦黄，脉滑数的热结旁流证。主方是《伤寒论》的大承气汤，主药是芒硝、大黄、厚朴、枳实、全瓜蒌、生栀子、草决明、大腹皮。

10）温通攻下法：适用于久痢腹痛，四肢不温，苔薄白，脉沉弦的寒痰积滞证。主方是《千金方》的温脾汤，主药是人参、干姜、当归、附片、大黄、白菊花、桃仁。

11）润肠缓下法：适用于大便艰难，苔薄白腻，脉弦细或老年体虚的肠燥便秘证。主方是《世医得效方》的五仁丸，主药是桃仁、杏仁、柏子仁、郁李仁、麻仁、陈皮、木香。

12）峻下逐水法：适用于水肿水胀，腹坠口渴，二便秘结，苔薄白腻，脉沉数而滑的阳水实证。主方是《河间十书》的舟车丸，主药是黑丑、甘遂、芫花、大戟、大黄、青皮、木香、大腹皮、陈皮、云苓、泽兰。

13）破血逐瘀法：适用于少腹胀满，大便色黑，小便自利，发热烦渴，谵语如狂，苔薄黄，质紫斑，脉弦涩的瘀血癥瘕证。主方是《伤寒论》的桃核承气汤，主药是桃仁、大黄、桂枝、香附、木香、枳壳、丹参、苏木。

14）降火逐痰法：适用于癫狂惊悸，咳喘痰稠，胸闷眩晕，大便秘结，苔黄厚腻，脉滑数的实热顽痰证。主方是《丹溪心法》的礞石滚痰丸，主药是青礞石、大黄、黄芩、天竹黄、木香、生栀子、全瓜蒌。

15）泻下驱虫法：适用于阵作腹痛，纳谷不香，面黄肌瘦，腹部胀满，苔薄白腻，脉细滑的虫积证。主方是《和剂局方》的肥儿丸，主药是使君子、槟榔、大腹皮、神曲、木香、焦三仙、黄连、连翘。

（3）和法

16）和解表里法：适用于往来寒热，胸胁苦满，目眩心烦，纳呆喜呕，口苦咽干，苔薄

黄,脉弦滑的少阳半表半里证。主方是《伤寒论》的小柴胡汤,主药是人参、柴胡、黄芩、法半夏、苍术、板蓝根、焦三仙。

17) 调和营卫法:适用于头痛发热,汗出怕风,鼻塞流涕,苔薄白滑润,脉浮缓的营卫不和证。主方是《伤寒论》的桂枝汤,主药是桂枝、白芍、生姜、生芪。

18) 舒肝理气法:适用于胸胁脘腹胀满作痛,情志不畅,泄泻后重,苔薄黄,脉弦细的肝郁气滞证。主方是《伤寒论》的四逆散,主药是柴胡、枳壳、白芍、生甘草、香附、郁金、川芎。

19) 舒肝和胃法:适用于胁痛口苦,呕吐吞酸,胃中嘈杂,苔黄质红,脉象弦数的肝胃不和证。主方是《丹溪心法》的左金丸,主药是黄连、吴茱萸、木香。

20) 抑木扶土法:适用于往来寒热,头痛目眩,两胁作痛,乳房胀痛,月经不调,口燥咽干,神疲食少,苔薄黄,脉弦细的肝脾不调证。主方是《和剂局方》的逍遥散,主药是柴胡、当归、白芍、白术、云苓、薄荷、泽兰、白菊花、夏枯草、鸡血藤。

21) 和胃降气法:适用于心下痞硬,呕恶上逆,肠鸣下利,纳呆乏力,苔黄腻,脉弦滑的胃气上逆证。主方是《伤寒论》的半夏泻心汤,主药是法半夏、干姜、黄连、黄芩、人参、竹茹。

22) 降气定喘法:适用于咳喘气短,痰鸣呕吐,胸脘满闷,形寒肢倦,头目昏弦,腰痛遗泄,苔白腻,脉细滑的肺气上逆、上实下虚证。主方是《和剂局方》的苏子降气汤,主药是苏子、前胡、法半夏、陈皮、肉桂、当归、紫菀、川贝。

23) 降逆止呕法:适用于胃脘胀满,嗳气呃逆,恶心呕吐,咳喘有痰,苔薄黄腻,脉象细滑的肺胃失降证。主方是《伤寒论》的旋覆代赭汤,主药是旋覆花、生赭石、人参、法半夏、云苓、陈皮、蒲公英、焦三仙。

(4) 温法

24) 温肺祛痰法:适用于咳嗽痰稀,头痛恶寒,无汗鼻塞,苔薄白,脉浮缓的寒痰证。主方是《温病条辨》的杏苏散,主药是苏叶、杏仁、前胡、桔梗、法半夏、云苓、陈皮、白芷、川芎。

25) 温化痰饮法:适用于胸胁支满,目眩心悸,气短而咳,大便溏,口中和,苔白滑,脉弦滑的痰饮证。主方是《伤寒论》的苓桂术甘汤,主药是云苓、桂枝、炒白术、陈皮、党参、川楝子。

26) 温阳利水法:适用于身重厌食,腰下肿甚,胸腹胀满,四肢不温,口中不渴,小便不利,苔白腻而滑质淡,脉沉迟的阴水证。主方是《济生方》的实脾饮,主药是附片、干姜、云苓、白术、厚朴、木香、大腹皮、生芪。

27) 温经通络法:适用于小便清利、形寒不渴、骨节疼楚的寒痹证和漫肿痠痛、不红不热、苔白脉沉细的阴疽流注证。主方是《外科全生集》的阳和汤,主药是麻黄、鹿角霜、生地、桂枝、白芥子、炮姜、丹参、川断。

(5) 清法

28) 清热泻火法:因实火停位不同而细分四法,各泻心、肺、肝、胃之火。①导赤清心:适用于口舌生疮,面赤心烦,口渴饮冷,小便短赤,尿时刺痛,苔薄黄尖红,脉弦数的心热移肠证。主方是《小儿药证直诀》的导赤散,主药是竹叶、生地、甘草梢、车前草、萆薢、生苡仁、知母、黄柏、肉桂、连翘。②清热泻肺:适用于咳嗽喘急,痰黏不爽,皮肤蒸热,午后加重,苔黄舌红,脉象细数的肺火内伏证。主方是《小儿药证直诀》的泻白散,主药是桑白皮、地骨皮、知母、浙贝、白菊花、黄芩、麦冬。③泻火清肝:适用于胁痛目赤,口苦耳鸣,小便淋浊,带下稠黄,阴肿且痒,苔薄黄腻,脉象弦滑的肝胆实火证。主方是《医宗金鉴》的龙胆泻肝汤,主药是龙胆草、生栀子、黄芩、生地、当归、柴胡、车前草、泽泻、公英、瞿麦。④降火清胃:适用于龈肿红痛,口气热臭,口干龈血,苔黄舌红,脉滑大数的胃火灼阴证。主方是《兰室秘藏》的清胃散,主药是生地、黄连、丹皮、当归、升麻炭、银花炭、芦根、制大黄、生石膏。

29) 清热解毒法:适用于热盛发斑,血证痈疖,疔疮走黄,湿热黄疸,高热神昏,苔黄燥,脉滑数的三焦火毒证。主方是《外台秘要》的黄连解毒汤,主药是黄连、黄芩、黄柏、生栀子、公英、制大黄、丹皮、车前草。

30) 清热利湿法:适用于小便赤痛,淋沥不畅,少腹急满,咽干口燥,渴喜冷饮,苔黄腻质红,脉滑数的湿热下注证。主方是《和剂局方》的八正散,主药是萹蓄、瞿麦、车前草、生栀子、制大黄、川楝子、玄胡、泽兰、公英。

31) 清热生津法:适用于壮热面赤,大汗口干,烦渴引饮,苔黄燥质红,脉洪大有力的气分热盛证。主方是《伤寒论》的白虎汤,主药是生石膏、知母、生苡仁、板蓝根、芦根、连翘。

32) 清营凉血法:适用于壮热面赤,神昏谵语,热甚动血发斑,舌绛起刺,苔黄燥,脉细数的热入营血证。主方是《千金方》的犀角地黄汤,主药是水牛角、生地、赤芍、丹皮、人工牛黄。

33) 滋阴清热法:适用于低热不退,夜热早凉,骨蒸劳热,汗解渴饮,苔薄黄质红,脉沉细数的余热伤阴证。主方是《温病条辨》的青蒿鳖甲汤,主药是青蒿、鳖甲、知母、生地、地骨皮、元参、银柴胡。

34) 清热开窍法:适用于高热烦躁,神昏谵语,痉厥抽搐,小儿惊风,中风痰火,舌红唇焦,苔黄腻,脉滑数的热毒内闭证。主方是《温病条辨》的安宫牛黄丸,主药是人工牛黄、水牛角、黄芩、黄连、生栀子、菖蒲、郁金、珍珠母。

35) 清暑利湿法:适用于午后身热,头痛身重,胸闷纳呆,口渴不饮,苔腻脉濡的暑湿证。主方是《温病条辨》的三仁汤,主药是杏仁、蔻仁、生苡仁、法半夏、青蒿、竹叶、苍术、云苓、陈皮。

36) 清热祛痰法:适用于咳嗽黄痰,稠厚胶黏,胸膈痞满,失眠尿赤,发热惊悸,苔黄腻质红,脉滑数的痰热内结证。主方是《医方考》的清气化痰丸,主药是全瓜蒌、黄芩、枳

壳、胆星、杏仁、云苓、陈皮、莱菔子、桑白皮。

（6）消法

37）燥湿祛痰法：适用于咳嗽痰多，脘痞纳呆，恶心呕吐，眩晕心悸，苔白腻，脉濡滑的痰湿中阻证。主方是《和剂局方》的二陈汤，主药是陈皮、法半夏、云苓、炒苍术、全瓜蒌、莱菔子、生牡蛎。

38）软坚祛痰法：适用于瘰病痰核证。主方是《医学心悟》的消瘰丸，主药是元参、贝母、生牡蛎、海藻、夏枯草、丹参。

39）涤痰开窍法：适用于中风偏枯，舌强不语，苔腻脉滑的痰迷心窍证。主方是《济生方》的涤痰汤，主药是胆星、法半夏、云苓、陈皮、菖蒲、竹茹、枳壳。

40）芳香化湿法：适用于身热恶寒，头痛无汗，腹痛吐泻，苔薄白腻，脉象浮软的风寒束表暑湿中阻证。主方是《和剂局方》的香薷散，主药是香薷、白扁豆、厚朴、云苓、陈皮、藿香、连翘。

41）祛风胜湿法：适用于关节痛楚，屈伸不利，肢体麻木，苔薄白腻，脉沉细小弦的湿阻经络证。主方是《千金方》的独活寄生汤，主药是独活、秦艽、防风、云苓、桂枝、白芍、桑寄生、当归。

42）苦温燥湿法：适用于脘腹胀满，恶心呕吐，纳呆吞酸，身重倦怠，大便溏薄，苔白腻，脉滑弦的湿阻中焦证。主方是《和剂局方》的平胃散，主药是炒苍术、厚朴、陈皮、云苓、木香、法半夏、焦三仙。

43）淡渗利湿法：适用于水肿身重，脐下动悸，渴而饮水，水入即吐，小便不利，眩晕吐涎，苔白滑，脉细缓的水饮内停证。主方是《伤寒论》的五苓散，主药是云苓、猪苓、泽泻、炒白术、桂枝、车前草、生苡仁。

44）消导和中法：适用于腹胀时痛，嗳腐吞酸，厌食泄泻，苔厚腻，脉滑实的食阻证。主方是《丹溪心法》的保和丸，主药是生山楂、神曲、法半夏、云苓、陈皮、莱菔子、连翘、木香、大腹皮、炒苍术。

45）活血化瘀法：适用于刺痛、绞痛，痛有定处，发绀，爪青，面暗舌紫，吐血瘀块，脉来见涩的瘀血内阻证。主方是《医林改错》的血府逐瘀汤，主药是桃仁、红花、生地、赤芍、川芎、柴胡、枳壳、郁金。

38. 虚实夹杂与扶正祛邪

虚与实是人体正气同病邪对抗消长的病理表现。虚，主要是正气虚衰不足，常因素体虚弱或因病致精气内耗，使正气不能与病邪抗争而出现虚的病变，所谓“精气夺则虚”（《素问·通评虚实论》）。实，主要是病邪亢盛而正气未衰，邪正相搏而出现实的病变，所谓“邪气盛则实”（《素问·通评虚实论》）。虚证常见于慢性疾病（如脏腑的器质损伤）和疾病的后期（如热邪伤津耗液）。实证多见于疾病的初中期，病程较短（如外感六淫、气

滞、血瘀、痰饮、食阻、虫积)。

虚与实虽然较易区分,但临床常见夹杂。例如痰瘀结聚,经络被阻,气血不能外达,反而出现形寒肢冷,体倦神疲,脉象沉伏的虚证表现,这是真实假虚。正如《景岳全书》所曰:“大实之病,反有羸状。”反过来,脏腑气血不足,运化无力,而见胀满作痛,喘逆难卧,便秘,脉弦的实证表现,这是真虚假实。正如《景岳全书》所曰:“至虚之病,反见盛势”。**虚实还可互相转化**:正气虚损,功能衰退常致血、痰、水、饮、食等瘀结停滞;病邪久留或攻伐太过,又可损伤正气,由实致虚,都会出现虚实交错的病变。如中老年冠心病患者,虽然心区胀满作痛,但常伴气短乏力、腰膝痠软的气虚肾亏证。临床见证常常是气虚血瘀、气虚痰阻或肾亏痰瘀等虚实交错病变;肝硬化腹水患者,积聚日久,可见到消瘦神疲、心悸气短、大便溏泄、食欲不振的脾虚乏运的表现。因而临床所见多为虚实夹杂。在这种错杂的病证中,要辨别虚实真假,除全面综合分析外,特别要发挥“舍症从脉”和“舍症从舌”的作用。无论症情表现如何,常以舌脉定类。一般苔薄质淡,脉细无力,可定虚证;苔腻质红,脉实有力,可定实证。

在虚实病变的治则中,有“扶正祛邪”之说。虚者扶正,实者祛邪。如前所述,单纯的扶正有三十六则补虚法,单纯的祛邪有四十九则祛邪法。但临床常常虚实夹杂,正虚邪实,除常用的“攻补兼施”、“标本兼治”的法则外,更应当采用**“先祛邪,后扶正,祛邪时防其伤正,扶正时防其恋邪”**的原则,则更能合理地处置邪正关系,奏效更为显著。特举4例:

1)**“气虚常有停水”**。此时宜先投五皮饮利水,再用四君子补气。利水时免用攻伐药如黑丑、白丑、芫花、木通、冬葵子等,补气时佐以淡渗药如生苡仁、车前草、泽泻、冬瓜仁、云苓等。

2)**“血虚常伴瘀热”**。此时先投丹栀逍遥散清瘀,再用四物汤养血。清瘀时免用破瘀药如乳没、山甲、莪术、紫草、五灵脂等,养血时稍佐和血行血药如丹参、三七、红花、鸡血藤、郁金等。

3)**“阴虚常兼痰湿”**。此时先投温胆汤祛痰湿,再用六味地黄滋阴。祛痰湿时免用燥湿药如苍术、半夏、蔻仁、厚朴等,滋阴时免用滋腻药如熟地、玄参、玉竹、天冬、麦冬等,再佐醒脾药如砂仁、木香、陈皮等。

4)**“阳虚常夹寒凝”**。此时先投真武汤温通散寒,再用金匮肾气温补。温通时免用温燥药如附片、肉桂、仙茅、干姜等,温补时佐以温通如桂枝、鹿角霜、川椒、高良姜、小茴香等。

39.“健脾”不如“补肾”

补虚之法,历来有“健脾”与“补肾”之争。其同者均从“本”治。健脾者抓“后天之本”,补肾者抓“先天之本”。其异者,**健脾实质是调补气血,补肾者实质是调整阴阳**。脾土属中焦,是脏腑生理活动的中枢,中焦运化正常,则承上启下、升清降浊、脏腑的生理

活动就能平衡，正气由虚转旺，"邪不可干"。所以"健脾"派力主调补中焦脾土。但是补气养血之品，一者性温，易有热性炎上之虑，过量常服，致口干咽燥，甚则鼻衄躁烦；二者味腻，常有碍胃减纳之弊，过量常服，多致食纳下降，得不偿失。

肾脏属下焦，在五脏六腑中惟独肾脏有双性，既阴又阳，既水又火，是人体生命活动的原动力。脏腑的生理活动包括脾土的运化，全赖肾气的蒸化。肾阴不足，影响"肾藏精"的功能，使生长发育、生殖繁育失调，缺乏物质基础；肾阳衰弱影响"肾为气根"的功能，使脾土的运化，人体的热能下降，缺乏生命动力，可见肾脏在人体中的主宰作用。**补肾者必调阴阳**，这比健脾更全面，而且可克服补气养血之品炎上和碍胃的两个弊端。

由于阴阳互根，阳衰可及阴，阴损可及阳，故"补肾"时当遵循景岳之训：**"善补阳者必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。"**也就是在温补肾阳时，稍配滋阴之品，如枸杞子、女贞子、旱莲、杜仲、寄生辈。在滋补肾阴时，稍佐温阳之品如蛇床子、仙灵脾、菟丝子、肉苁蓉、巴戟类。临证时应用"补肾"法，一般以杞菊地黄汤为基本方，再佐以1～2味温阳之品。其中生地滋肾阴为君，以黄精易萸肉伍枸杞子滋肝肾之阴，山药滋脾肾之阴为臣，4味相得益彰，肝、脾、肾阴俱滋；泽泻、云苓，淡渗利湿，滋而不滞为佐；丹皮、菊花，清泄虚火，温而不炎为使；伍1～2味温阳之品，常用蛇床子、仙灵脾以阳中求阴。然后再随病和随证加味，成为有效的补虚基本方。

40. 伤寒六经辨治及传变提要

东汉·张仲景原著16卷《伤寒杂病论》，后经晋·王叔和将伤寒部分搜集整理，名为《伤寒论》，再经宋·林亿校正，全书10卷，397条，112方，用药计82味。现存两种版本：一是宋版，只存明·赵开美的复刻本，称"赵刻本"。一是金·成无己注解的"成注本"。

伤寒六经是外感病的辨证纲领。其辨治归纳提要如下：

(1) 太阳病

1) 主证：恶寒发热，头项强痛，脉浮（第1条）。

2) 分类：①太阳经证分中风证和伤寒证。中风证：恶风发热，汗出脉缓（第13条）。伤寒证：恶寒发热，头痛，腰节痛楚，无汗而喘，脉浮紧（第35条）。鉴别中风、伤寒的关键：一看有汗无汗，二看痛楚程度，也即表之虚实。②太阳腑证分蓄水证和蓄血证。蓄水证：太阳表邪，随经入腑，热入膀胱气分，影响膀胱气化，身有微热，小便不利而渴饮，脉浮（第71条）。蓄血证：太阳表邪，随经入腑，热入膀胱血分，与瘀血结于少腹，少腹硬满拘急而痛，小便自利，如狂（第109条、128条）。鉴别蓄水、蓄血的关键：一看小便利否，二看神志常否。蓄水神常尿不利，蓄血神错尿利。

3) 治法：应为汗法中的辛温解表法。中风表虚证，治当调和营卫，解肌发表，用桂枝汤；伤寒表实证，治当祛风散寒，发汗透表，用麻黄汤。蓄水证治当行气利水，用五苓

散；蓄血证治当活血化瘀，轻者如狂用桃核承气汤，重者发狂用抵挡汤，重而缓者用抵挡丸。

（2）少阳病

1）主证：往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，口苦咽干，眩晕脉弦（第264条，第98条，第103条）。

2）兼证：①兼表（太阳）：少阳主证而见发热，微恶寒，支节烦痛（第151条）。②兼里（阳明）：少阳主证而见呕不止，心下急，郁郁微烦（第106条）。

3）治法：既禁汗表，又忌泻里，只可和法，和解表里，以小柴胡汤为主方。兼表投柴胡桂枝汤；兼里用大柴胡汤。

（3）阳明病

1）主证：胃肠燥热结实证（第185条）。

2）分类：①阳明经证：燥热亢盛，身大热不恶寒，大汗出，大烦渴，脉洪大（第26条，第173条）。②阳明腑证：燥热与肠中结屎，潮热谵语，腹满硬痛，大便秘结，手足濈然汗出，脉沉实有力，苔黄燥或焦刺（第250条，第218条，第219条，第220条）。

3）治法：以清与下法为主，一方面清下实热，一方面保存津液。忌发汗、利尿。经证用清热法，以白虎汤类为主方；腑证用攻下法，以承气汤类为主方。

（4）太阴病

1）主证：畏寒，手足不温，腹满身痛，纳呆呕吐，下利苔白，脉象缓弱（第273条，第277条）。

2）治法：太阴为病属脾虚寒湿，同阳明大异，治当温脾燥湿，用四逆辈、理中类为主方。

（5）少阴病

1）主证：脉微细，但欲寐，恶寒身倦，四肢逆冷，属心肾虚衰（阳气衰，阴血竭）的危重阶段（第281条）。

2）分类：因阳虚、阴虚之别而分寒化证和热化证。①寒化证：恶寒不热，四肢厥逆，身倦神疲，下利清谷，小便清白，呕吐脉微，苔白舌淡（第387条，第388条，第305条，第84条）。②热化证：心烦不得眠，口燥咽痛，舌红少苔，脉象细数（第303条）。

3）治法：少阴病位心肾。寒化证为心肾阳虚，属危重证，治以回阳为主，无论阴盛阳衰，阴盛格阳，阴盛戴阳者均以四逆汤类为主方。阳虚身痛投附子汤，阳虚水泛用真武汤。热化证为肾阴亏损，心火上亢，治以救阴为主，用黄连阿胶汤为主方。

（6）厥阴病

1）主证：四肢厥逆，上热（消渴，心中烦渴，吐利），下寒（饥而不欲食，食则吐蛔）（第

326 条,第 337 条)。

2) 分类:①蛔厥证:上腹阵发绞痛,钻顶感伴呕恶(第 338 条)。②吐利证:上热而吐,下寒而利的寒格证(第 258 条)。③寒逆证:肝寒犯胃,浊阴上逆而头顶痛,干呕,肢逆(第 377 条)。④热利证:肝热迫肠而发热口渴,腹痛下利,里急后重,苔黄舌红(第 370 条)。⑤气厥证:肝郁气厥,手足不温,胸胁满胀(第 318 条)。

3) 治法:厥阴者寒热错杂,治常寒温并用。蛔厥证和吐利证均属上热下寒,均当上清下温,分别投乌梅丸和干姜黄芩黄连人参汤。寒逆证应暖肝降逆,用吴茱萸汤。热利证属热厥,法当清下,服白头翁汤。气厥证应疏肝解郁,宜四逆散。

总之,伤寒六经的辨治可以简表归纳提要:

- 太阳病 —— 恶寒,发热,头项强痛,脉浮
  - 经证
    - 中风证—桂枝汤
    - 伤寒证—麻黄汤
  - 腑证
    - 蓄水证—五苓散
    - 蓄血证—桃核承气汤,抵挡汤
- 少阳病—半表半里—小柴胡汤 —— 往来寒热,胸胁苦满,纳呆呕恶,眩晕脉弦
  - 兼表—柴胡桂枝汤
  - 兼里—大柴胡汤
- 阳明病—胃家实 —— 身热不寒,日晡潮热,烦渴谵语,腹痛便秘,苔黄燥,脉洪大
  - 经证—四大证—白虎汤类
  - 腑证—痞满燥实—承气汤类
- 太阴病—脾虚寒湿—四逆辈—畏寒,手足不温,腹痛下利,纳呆呕吐,不渴苔白
- 少阴病 —— 脉微细,但欲寐
  - 寒化证
    - 阴盛阳衰,阴盛格阳,阴盛戴阳—四逆汤类
    - 阳虚身冷—附子汤
    - 阳虚水泛—真武汤
  - 热化证—心肾不交—黄连阿胶汤
- 厥阴病 —— 阴阳不顺,气机厥逆,寒热错杂
  - 蛔厥证—乌梅丸
  - 吐利证—干姜黄芩黄连人参汤
  - 寒逆证—吴茱萸汤
  - 热利证—白头翁汤
  - 气厥证—四逆散

伤寒六经辨治还要注重**“传变”**,以测病情变化,及时处置并预后其吉凶。传者,病情循照一定的趋向发展;变者,病情产生的变化,传变常合称。**传变的规律决非取决于六经的顺序或拘泥于日数**,其决定因素在于正气的强弱、外邪的轻重和治法的正误,故传变规律仍应辨证,见其证方可言其传变。常有两经以上并见者称**“合病”**,共有四个:太阳阳明合病、太阳少阳合病、阳明少阳合病和三阳合病。如一经证未罢又见另一经证者称**“并病”**,共有两个:太阳阳明并病和太阳少阳并病。有因体虚而外邪直犯三阴称**“直中”**。在分析传变时,这三个概念应当明确。现将六经传变规律提要如下:

(7) 太阳病传变

太阳为六经之首,诸经的外卫,故外邪侵入常首犯太阳。太阳病的传变,首先由本经病(中风、伤寒)随经入腑成蓄水、蓄血证,也可传入少阳而往来寒热,热传阳明而汗出喘利。同时可有合病、并病。如果误治(下后复汗)则阳衰阴盛而传入三阴,其中尤与少阴关系密切,常由太阳表证转为少阴虚寒证。太阳病传变入阳多见,入阴少见。

(8) 少阳病传变

少阳病均由太阳而来,未见阳明转入少阳者。少阳位于半表半里,故传变最多。既可里结阳明、陷入三阴,亦能转出太阳,又可伤及气血。少阳往来寒热与厥阴寒热胜负均为正邪相争的表现,关系密切,常互相传变,系病位深浅之不同及病情轻重之区分。

(9) 阳明病传变

阳明病有三个来源:一是太阳误治伤津,致胃燥而便秘(脾约)称为“太阳阳明”。二是少阳误治伤津,邪入阳明化燥成实(大便难),称为“少阳阳明”。三是外邪直中(燥热之邪——胃家实),称为“正阳阳明”。当三阴正气渐复,邪从燥化,从阴出阳,也可转出阳明渐愈。阳明居中土,较少传变,常见传变有二:一是与太阴脾湿结合,湿热内蕴而致黄疸。二是热甚入血而见鼻衄。

(10) 太阴病传变

太阴病常由寒湿直中或三阳误治所致,其传变有三:一是治疗得当,脾阳复振,湿滞由下利而解(“脾家实,腐秽当去”)。二是湿从燥化、热化转入阳明。三是影响肝胆疏泄,尿不利,湿热互结发为黄疸。

(11) 少阴病传变

少阴病来源于直中及误治。各经传变均可深入少阴而见心肾虚衰的危证。此时有两个转归:一是手足转温,虽仍下利心烦,但阳气已复,转出太阳或阳明而渐愈。二是手足厥逆加重,甚至逆冷(手过肘,足过膝)加之躁扰,则残阳已脱而亡,为亡阳。如肾阴枯竭,心神浮越,则阴竭亦危,为亡阴。

(12) 厥阴病传变

厥阴病的含义有二:以病情危重而言,似于少阴,提示应注意真寒假热的出现;以病情复杂而言,提示临证处置时应用兼施法,如寒热并用和攻补兼治。其传变也有二:一是病情进一步危重,出现阴盛格阳、阴盛戴阳等危象。如热深厥深,厥少热多,转为热证,预示阳复病退;如厥多热少,则转为寒证,预示阳脱病进。还要注意与少阳的关系,一般厥出多为顺,厥陷多为逆。二是病情错杂,寒热并见,治当温清兼顾。

六经辨证还有**"传经"**说。传经虽源于《素问·热论》,但绝非"一日太阳,二日阳明,三日少阳"这样刻板。归纳起来传经有三种形式:①循经传,由太阳→少阳→阳明→太阴→少阴→厥阴,此即由表入里,由实致虚,由轻转重。②越经传,如太阳病既可传少阳,又可传阳明,也可直传三阴。③表里传,太阳⇌少阴,少阳⇌厥阴,阳明⇌太阴。总之,传经以阴气存亡为生死,直中以阳气消长为安危;传经者亡阴多,直中者亡阳多。一般由阳转阴者病重,由阴转阳者病轻。

41. 温病大法及分类述要

温病始见于《内经》。《素问·生气通天论》云:"冬伤于寒,春必病温"。《素问·金匮真言论》云:"故藏于精者,春不病温。"这是后世伏邪温病的理论依据。《素问·至真要大论》云:"热者寒之,温者清之。"这是温病治则的理论基础。《伤寒论》第一次区分了伤寒和温病。"太阳病,发热而渴,不恶寒者为温病。"其所定的清热、攻下诸法也影响和运用于温病的治法。元末王履著《医经溯洄集》,明确指出温病不能混称伤寒,温病是伏热由里外发,治以清里为主。从此温病开始从隶属于伤寒的体系中解脱出来了。明代汪机著《石山医集》首次提出"新感温病"说,打破了认为温病都是伏邪化热的传统观念。明末吴又可著第一部温病专著《温疫论》,提出"疠气"病因学:"无问老幼,触者即病",在传染病学上是最早的创见。清代叶天士著《外感温热篇》创立"卫气营血"辨证论治体系。吴鞠通著《温病条辨》补充了"三焦"辨证论治体系。薛生白著《湿热病篇》专论温病的特殊类型湿热病。王孟英著《温热经纬》对温病学作了总结。这便是温病学的简史,也是温病学的主要参考医著。

叶天士创立的"卫气营血"辨证论治的要旨:"卫之后方言气,营之后方言血;在卫汗之可也,到气方可清气,入营犹可透热转气,如犀角、玄参、羚羊角等物,入血就恐耗血动血,直须凉血散血,如生地、丹皮、阿胶、赤芍等物。"

(1) 卫分证

又称风热袭肺证。主症:发热重,恶寒轻,口小渴,出汗少,苔薄黄,脉浮数。宜辛凉解表法,投银翘散:解表(银花、连翘、薄荷后下、荆芥穗、豆豉),生津(芦根、竹叶),清肺(桔梗、牛蒡子、生甘草)。

(2) 气分证

又称里热炽盛证。主症:壮热不恶寒,大渴,大汗,苔黄燥,脉洪大。宜清热生津法,投白虎汤:清热(生石膏、知母),生津(粳米、生甘草)。

(3) 营分证

又称灼阴扰神证。主症:身热夜甚,神志症轻,斑疹隐现,舌质绛,脉细数。宜透热

转气法，投清营汤：透热（水牛角粉冲、生地、麦冬、玄参、丹参、黄连），转气（竹叶、银花、连翘）。

（4）血分证

又称动血扰神证。主症：身热躁动，神志症重，斑疹血证，舌质深绛，脉沉细数。宜凉血散血法，投犀角地黄汤：凉血（水牛角粉冲、生地），散血（赤芍、丹皮）。

其传变规律：卫分证最浅最轻，属表证，常是温病的初期。气分证已入里，证较重，此时正气尚盛，邪正交争，常是温病的中期。营血证病已深重，正气亦伤，不仅伤阴动血，而且扰神，常是温病的末期。新感温病常由表入里，按卫分→气分→营分→血分顺序传变。伏邪温病常由里达表，初见气分甚至营血证而后转出卫气。一般由表入里，标志病情恶化，由轻转重；由里达表标志病情渐愈，由重转轻。传变中还见同病，如卫气同病、卫营同病和气营两燔。

吴鞠通创立的"三焦"辨证论治的要旨：**"治上焦如羽，治中焦如衡，治下焦如权。"**

（5）上焦证

病位在肺和心包。又分四证：

1）风热袭肺证：相当于卫分证。

2）邪热壅肺证：相当于气分证。主症：身热，咳喘，口渴，苔黄，脉数。宜清热宣肺法，投麻杏石甘汤：清热（生石膏），宣肺（生麻黄、杏仁、生甘草）。

3）逆传心包证：相当于营分证，但系"痰热内闭"，故又见喉鸣舌强，肢厥苔腻。宜清心开窍法，投清宫汤：清心（水牛角粉冲、卷心竹叶、连翘心），养心（玄参心、莲心、连心麦冬），另外"三宝"开窍（安宫牛黄丸兼解毒，紫雪丹兼熄风，至宝丹兼辟秽）。

4）上焦湿热证：相当于风热夹湿证。主症：身热不扬，午后发热，汗出热不解，头重如裹，苔薄腻，脉浮滑。治上焦如羽，非轻不举，升上透汗，用升浮宣肺药如杏仁、菊花、桑叶、蝉衣、桔梗。

（6）中焦证

病位在胃、肠、脾，相当于气分证，又分二证：

1）邪入阳明燥化证，分阳明经证和腑证，分别用白虎汤和承气汤类。

2）邪入太阴湿化证，相当于湿温病或中焦湿热证。其中分三类：①湿重于热。主症：身热不扬，有汗不解，胸闷脘痞，纳呆呕恶，身重肢困，苔腻脉软。宜化湿泄热法，投三仁汤：开中宣肺（杏仁），宣中燥湿（蔻仁、法半夏、川朴），渗下利湿（生苡仁、滑石、竹叶、通草）。②湿热并重。主症：发热，汗出不解，口渴少饮，心中烦闷，脘满纳呆，呕恶不畅，苔黄腻，脉滑数。宜化湿清热法，投连朴饮：化湿（川朴、法半夏、菖蒲），清热（黄连、生栀子、芦根、豆豉）。③热重于湿。主症：壮热烦渴，身重脘痞，苔黄根腻，脉滑数。宜清热利湿法，投苍术白虎汤：清热（生石膏、知母），利湿（苍术、生苡仁）。

(7) 下焦证

病位在肝、肾，相当于血分证，但非热迫血溢之实证，而是肝肾阴虚，水不涵木，虚风内动的虚证。又分三证：

1）热耗肾阴证：主症：五心烦热，腰痠腿软，苔净质红，脉细数。宜育阴清热法，投加减复脉汤：育阴（生地、阿胶烊化、炙甘草、麻仁），清热（白芍、麦冬）。

2）虚风内动证：主症：手足蠕动或瘛疭厥逆，神疲心悸，舌绛少苔，脉弱而数。宜养血熄风法，投大定风珠：养血（生地、阿胶珠烊化、炙甘草、麻仁、白芍、麦冬、鸡子黄、五味子），熄风（生牡蛎、生龟板、生鳖甲）。

3）下焦湿热证：主症：便溏尿赤，带下阴痒，也称湿热下注证，相当于大肠或膀胱湿热证。宜清利湿热法，投八正散：清利（瞿麦、萹蓄、灯芯），通淋（木通、滑石、车前子包、甘草梢），下行（生栀子、制大黄）。

其**传变规律**，“温病由口鼻而入，鼻气通于肺，口气通于胃。肺病逆传则为心包，上焦病不治则传中焦，胃与脾也；中焦病不治，则传下焦，肝与肾也。始上焦，终下焦。”因此其传变始于上焦肺卫，此为温病初期，如顺传则入中焦，脾胃之病变，多为温病极期（盛期）。如逆传则入心包，见热闭危证。中焦不愈，最后传入下焦，肝肾阴耗动风，为温病末期。而王孟英则有新识：“夫温热究三焦者，非谓病必上焦始而渐及中下也。伏气自内而发，则病起于下者有之，胃为藏垢纳污之所，湿温疫毒，病起于中者有之，暑邪夹湿者亦犯中焦。又暑属火，而心为火脏，同气相求，邪极易犯，虽始上焦，亦不能必其在手太阴一经也。”

三焦论治对温病辨证论治的贡献有二条：一是补充温病末期卫气营血只言热迫溢血动风的实证而忽视热灼肝肾、虚风内动的虚证，也补充了营分证只言伤阴扰神而忽略痰热内闭、逆传心包的见证。二是运用于湿与温合邪的温病特殊类型的证治——湿温病。首先是定位，上焦抓风热证兼见汗出热不解，头重如裹；中焦抓消化症（胸闷痞满，纳呆呕恶，口黏）；下焦抓二便异常（便溏尿赤），带下阴痒。其次是定性，热重主症为壮热，烦渴，尿赤，苔黄，脉数；湿重主症为身热不扬，口渴饮少，身重便溏，消化症状，苔腻脉软。根据定位和定性便可明确三焦论治：上焦如羽（升上），升透量少，汗出而解，可用杏仁、菊花、桔梗、蝉衣；中焦如衡（宣中），调中燥湿，可用法半夏、蔻仁、川朴、柴胡；下焦如权（渗下），沉降淡渗，可用生苡仁、车前草、竹叶、滑石；清热用黄芩、黄连、黄柏、生栀子、生石膏、知母；化湿用苍术、茵陈后下、菖蒲。

温病应**注意善后收功**，防止复发。其法有三：针对余热未清，用竹叶石膏汤；针对气阴两虚，用生脉饮；调理脾胃用参苓白术散和保和丸。

温病分**新感和伏邪两大类**。新感温病包含风温、湿温、秋燥和温毒。病初发于表，病轻程短，由表入里，解表透邪为治则；伏邪温病包含春温、暑温和伏暑。病初发于里，病重程长，可里热外达，也可内陷入营，以清里泄热为大法。它们的辨治述要如下：

(8) 风温

以风热为邪,多发于春季,类似于流感、肺炎、急性支气管炎。如冬季反暖而生风热,其发病者称冬温,同风温辨治。

"温邪上受,首先犯肺"。病初即见**上焦肺卫风热证**,治重辛凉解表。其来势急,传变速,病程短。顺传于胃,见阳明经热证或腑实证。逆传心包,见痰热内闭证。**后期常常肺胃伤阴**。

风温传变另有**三个特征**:其一,热在胸膈。一为无形郁热,心烦懊恼,用栀子豉汤、凉膈散;一为有形痰热,胸脘痞满,大便秘结,舌苔黄腻,用小陷胸汤、枳实汤。其二,热在肺经。一为邪热壅肺,用麻杏石甘汤;一为肺热发疹,用银翘散加清营之品,如生地、玄参、丹皮、大青叶等。其三,热入肠腑。一为痰热腑实,用宣白承气汤;一为移热下利,用葛根芩连汤。

(9) 湿温

以湿热为邪,好发于夏秋之交,类似于伤寒、副伤寒。起病缓,传变慢,易反复,病程长。以中焦脾胃为病变中心,见消化症。**初期湿重热轻,中期湿热并重**,留恋气分,时间最长,**后期热重湿轻**。如湿温完全化燥化热、则同一般温病辨治。

湿温主要按"三焦"辨治。如见白痦,系郁蒸肌腠;见黄疸,系内蕴肝胆。如上蒙清窍可昏蒙,下灼肠络可便血,皆属危象。后期常致"湿胜阳微"。

(10) 秋燥

以燥热为邪,多发于秋季,类似于秋季上感、急性支气管炎。**以肺经为病变中心**。初期除一般肺卫证外,还见干咳,口鼻唇咽肤干燥证。主要为温燥,如深秋天凉则感为凉燥。秋燥病轻易愈,传变较少。化热传里,可伤肺阴,用清燥救肺汤。也可致肠燥便秘或阴虚腑实,用增液汤。一般不致深入下焦。

治秋燥以滋润为大法。初起治金,宜辛凉甘润法,投桑杏汤;中期增液,末期养血,用俞根初《通俗伤寒论》的"滋燥养营汤"。

(11) 温毒

以温热时毒为邪,好发于冬春,类似于颜面丹毒、猩红热、白喉、流行性腮腺炎。温毒除同一般温病的表现外,尚有局部红肿热痛或溃烂的特征。其治按"卫气营血"辨治外,**应突出清热解毒法**,以普济消毒饮为主方。

(12) 春温

素体阴亏,复感春令温热之邪,属伏寒化热,"冬伤于寒,春必病温"。多发于冬春之交,类似于流感、流脑。病起即**以里热为主**,见壮热,烦渴。病势危重,变证较多,**最易灼**

阴、动血、生风而见斑疹、痉厥。春温以清里、透邪、护液为治则，变证时常须配以凉血熄风法。

春温的治法要处理好**三个变证**：其一，春温腑实。一为阴亏而腑实，用增液承气汤；二为**气阴亏**而腑实，用新加黄龙汤；三为小肠热而腑实，用导赤承气汤；四为血结而腑实，用桃仁**承气汤**。其二，生风痉厥。一为热极生风，用羚角钩藤汤；二为血虚生风，用大定风珠。其三，动血斑疹，用犀角地黄汤加清心宁神药，如川连、竹叶、琥珀。

(13) 暑温

以暑热为邪，**只发于夏季**，类似于乙脑、中暑。起病急，初起即暑入气分而里热炽盛，见明显的阳明经证。也可直中心包、肝经而昏迷痉厥。传变迅速，**易伤津耗气，闭窍动风。亦多夹湿**(脘满苔腻)，又因暑天贪凉饮冷，暑温易被寒湿所遏。后期又多余热，伤气阴。

暑温治则为清暑泄热法。初投辛凉清气用白虎汤。再投甘寒生津，用人参、西洋参、石斛之类。最后投甘酸敛阴，用五味子、麦冬、乌梅等。暑温因变证较多，常配清心、凉血、开窍、熄风诸法，并以竹叶石膏汤收功。暑温夹湿，一般佐以清心利尿，伍导赤散。如寒湿所遏，则用藿香正气散为主方。

(14) 伏暑

先感暑湿，由秋冬时令之邪引发，多发于秋冬，类似于流感、乙脑、钩端螺旋体病、流行性出血热。起病急，**初起即表里同病**，一面有恶寒表证，一面有气分里证。初似感冒，继似疟疾，但寒热不规则，或见营分里证。湿热留恋气分可见白痦，热逼血分可见发斑，湿热夹滞，郁于肠胃，则见胸腹灼热，便溏不爽，色黄如酱，苔黄厚腻，脉象软数，此时但热不寒，夜甚暮轻。

伏暑**治重解表清里**，分二法：气分兼表应清暑化湿，用银翘散加杏仁、苡仁、滑石、香薷、扁豆、川朴等；营分兼表应解表清营，用银翘散加生地、麦冬、丹皮、赤芍等。伏暑有二个特殊治则：一是**清泄少阳**，用蒿芩清胆汤，清泄(青蒿、黄芩)、化湿(温胆汤)、清利(碧玉散)；二是**导滞清热**，苦辛通降，用枳实导滞汤，导滞(大黄、枳实、川朴、槟榔)、清热(连翘、川连、紫草)、和胃(山楂、神曲)、利湿(木通)。

42.“伤寒”、“温病”不必争论不休

“伤寒”、“温病”之争由来已久，历经各代，并未停止。“伤寒”派认定伤寒是外感热病的总纲，张仲景《伤寒论》是外感时病的专著，温病已属其中，特别是阳明病的证治完全可以用于温病的辨证，故温病不必自成体系。“温病”派认为《伤寒论》“详于寒而略于温”，虽然太阳篇提及温病，但未论证治。阳明病可应用而治温病，但不适于温病辨治的全过程。故温病应创立新论，以资补充。

分析“伤寒”、“温病”，有四个共同点：太阳病兼燥相当于凉燥；少阳病同伏暑有类似辨治；阳明经证、腑证相当于部分的气分证；少阴热化证相当于部分的营分、血分证。**类比“伤寒”、“温病”则有三个相异点**：从病因讲，“伤寒”属寒邪，“温病”系温邪，属暑、火、燥邪；从表证讲，“伤寒”为风寒，“温病”系风热；从传变讲，“伤寒”化热较慢，初起郁遏卫阳而见风寒，到寒郁化热，方可传里而见里热证。伤寒易伤阳气，还有虚寒亡阳诸变。“温病”为阳邪，初起在卫便见风热，传变较慢，但可逆传心包。温病易化燥伤阴，动血生风，入里成虚热、亡阴、斑疹、血证、痉厥诸变。“伤寒”夹湿，易成寒湿，病在太阴脾经；“温病”夹湿，易成湿热，病在中焦肠胃。“伤寒”传经，由三阳到三阴，由实致虚，系实热到虚寒。“温病”传变，卫气营血和上中下三焦，系实热到虚热；“温病”还有疠气致病，发病急、变化快、有季节性和传染性，比“伤寒”更符合热性传染病和感染性疾病。

“伤寒”、“温病”对外感时病皆为功不可灭。虽然《伤寒论》对外感时病的贡献仅在风寒证类和少阳一病，但其所列经方对内伤杂病则更具临床价值，更富临床疗效。温病则更近于外感时病，是对外感时病辨治的全面而关键的补充。因此“伤寒”、“温病”不必争论不休。**外感时病鉴别“风寒”、“风热”即可，其鉴别有四条**：①寒热。恶寒重，发热轻者为风寒；恶寒轻，发热重者属风热。②咳痰。咳痰稀薄为风寒；咳痰稠黏属风热。③汗痛。无汗，头痛节楚为风寒；有汗，咽痛属风热。④舌脉。苔薄白，脉浮紧，为风寒；苔薄黄，脉浮数，为风热。这四条指证完全可以把“风寒”与“风热”辨清、辨准。风寒者以六经定位，风热者以卫气营血和三焦定位。风寒者辛温解表，以麻黄汤、荆防败毒散为主方；风热者辛凉解表，以银翘散、桑菊饮为主方。注意兼夹，特别是夹湿、化燥、痰浊和食阻。这些便是临床掌握外感时病辨治的纲领、取效的要害。

43.“胃气为本”乃治病宗旨

《素问·平人气象论》曰：“胃气为本。”《灵枢·五味》曰：“五脏六腑皆禀气于胃。”胃气在生理上讲，代表人体的消化吸收功能，是人体抗病能力的标志。在病理上讲，“有胃气则生，无胃气则死”。所以保护胃气是防病、治病的首要。

治病首先要注意“胃气”，也就是把开胃纳谷要放在首位。纳呆一症造成两个后患：一是影响消化吸收，降低抗病能力；二是再对证的汤药，由于纳呆影响吸收也会降低药效。因此在投药前必须问一问患者的食纳。如见纳呆，则要分清两类证情：一是苔腻纳呆，**属于湿阻中焦，宜芳香开胃**，投温胆汤、保和丸化裁。以竹茹、枳壳、云苓、陈皮、石菖蒲、郁金、莱菔子、焦三仙、木香、公英、连翘、生牡蛎为主；一是苔薄纳呆，**属脾不健运，宜健脾开胃**，投香砂六君、养胃汤化裁，以党参、炒白术、云苓、陈皮、木香、砂仁、乌梅、芦根、生杜仲、生白芍、车前草、生山楂为主。经芳香开胃或健脾开胃施治后，患者食纳振奋，消化吸收功能恢复。再据病证投以辨证论治方药，其效必定大增。故治病要注意“胃气为本”，不可一味辨证论治而疏忽胃气之重要性。曾遇一位气虚血瘀脑血栓患者，姓李，年 68 岁，发病 1 个半月，右侧脑室血栓，左侧半身不遂，神疲，气短，患肢麻木无

力,纳呆便干,苔薄白腻,脉象细滑。治以益气活血,投补阳还五汤,服大活络丹共14剂,肢体不遂未见起色,改投温胆汤、保和丸合剂,专治苔腻纳呆。7剂后苔退纳振,再投原方补阳还五汤,1个月后下肢可以步履,麻木大减,上肢活动仍差,但肌力增加Ⅰ级。续服2个月并配合针灸,左侧半身不遂明显改善,生活可以自理。可见保护、振奋"胃气"之重要性。

44."木克土"与"木侮土"

五行学说有"制化"和"乘侮"两种规律。制化即制约与化生的简称。一方面制约即"相克",一方面资助即"相生"。乘侮即乘袭与欺侮的简称,一方面乘袭即"相乘",一方面欺侮即"相侮"。"木克土"属"相克";"木侮土"属"相侮",也称"反克"。

临床实际中肝木和脾土有着密切的"相克"、"相侮"关系:由生理而言,肝主疏泄,条达全身气机。其病理多为肝气郁结,常见情绪忧郁,烦躁易怒,胁肋疼痛,头痛眩晕,苔薄脉弦。由于木与土的生克关系,木旺必有横逆克土之势。胃者属土,主受纳水谷,其气主降,受木旺之横逆,其气失降而上逆,症见呃逆嗳气,恶心呕吐,吞酸嘈杂,脘痛纳呆,苔薄黄,脉弦紧。此乃"木克土",实质是肝旺胃逆,也称肝胃不和。胃炎、胃神经官能症、溃疡病、肝炎等病常可见"肝胃不和"证类。治疗"肝胃不和"一方面要疏肝郁兼清肝火,因为肝郁可以克土,也可化火。另一方面要降胃气,一疏一降,肝胃得和,其效可显。方宜《伤寒论》的"四逆散"加味。方中以柴胡为君,疏肝解郁的主药,以醋炒北柴胡为佳。为避破气太甚,易原方未成熟的幼果枳实,改用成熟的果实枳壳为臣药。两者互用调理气机,解郁消胀。生白芍、炙甘草为佐使药,也即《伤寒论》的芍药甘草汤,甘缓止痛,调理脾胃。再加《丹溪心法》的左金丸,上清肝火,除呕止酸,升清止眩的川芎,降浊止呕的生赭石,开胃导滞的莱菔子。全方疏肝和胃,升清降浊,配伍精当,实为肝胃不和,"木克土"的有效方。

肝木与脾土的"相侮"关系也十分显著。脾主运化水谷,转输津精,升举清气。在病理状态下运化无力,清气下陷,症见脘痛腹胀、纳呆便溏,苔薄白,脉弦细的脾虚表现,"反克"肝木而有胸胁胀满,乳房胀痛,月经不调,太息抑郁,性情急躁,此乃"木侮土",实质是肝郁脾虚,也称"肝脾不调"。慢性肠炎、肝炎、胃炎、肠胃神经官能症、乳腺增生、月经不调等病常可见"肝脾不调"证类。治疗"肝脾不调",一方面要健脾养血,另一方面疏肝理气。其代表方是《和剂局方》的逍遥散。方中健脾和胃用炒白术、云苓。甘草滋腻碍胃、生姜辛燥助热,均免用。疏肝解郁单味柴胡醋炒。当归、生白芍养血柔肝。薄荷引入肝经。全方解郁和营,疏肝健脾。如兼往来寒热,口燥咽干,口疮尿少,心烦失眠,苔薄黄,脉细数,系血虚生热所致,加丹皮、生栀子,成为《证治准绳》的"丹栀逍遥散"。脘痛腹胀选加川楝子、玄胡,便溏选加木香、煨葛根、车前草,开胃选加焦三仙、生鸡内金,乳房胀痛选加炒橘核、公英、夏枯草、蛇床子,月经不调选加益母草、鸡血藤、香附、泽兰。用逍遥散调和肝脾,均应加用和胃豁达的石菖蒲和行气和血的郁金。

45. 必须制怒及柔肝之道

情志即七情五志。七情指喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情绪变化。在发病学中，宋代陈言的《三因极一病证方论》中已将七情列作内因的发病学。五志指喜、怒、忧、思、恐五种情志分别与五脏相对应。《素问·阴阳应象大论》云："肝在志为怒"、"心在志为喜"、"脾在志为思"、"肺在志为忧"、"肾在志为恐"。五志过激则各伤其脏。所以**情志内伤是中医病因病机学中独具特色的重要内容。**

情志所伤怒为首害。《素问·灵兰秘典论》曰："肝者，将军之官，谋虑出焉。"肝的生理功能为主疏泄，条达全身的气机。《素问·阴阳应象大论》又曰："怒伤肝"、"暴怒伤阴"。《素问·生气通天论》告诫："大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥。"《素问·举痛论》总结怒之害为"怒则气上"、"怒则气逆"。气上、气逆主要是肝气。肝气被伤，疏泄不达，首先是郁结，也就是气滞，出现胸脘胁腹的胀满作痛和脉弦。郁滞之甚必致上逆，上逆者分二类：其一是肝阳上亢，眩晕耳鸣，面赤烘热，失眠多梦，腰膝痠软，舌红少苔，脉弦细数；其二是肝火上炎，剧烈头痛，面红目赤，烦躁，口苦，溲赤便干，咯血吐血，舌红苔黄，脉象弦数。肝阳甚者还能化风，证见眩晕欲仆，肢麻震颤，手足蠕动，步履不稳，语言不利，或者突然昏仆，口眼㖞斜，半身不遂，舌红脉弦。所以情志致病，产生肝之病理变化，是为关键环节。调理情绪，稳定心态，制怒为首要。临床实际完全得到证实。高血压、中风病、糖尿病、冠心病、胃肠病、肿瘤病，种种常见病的突然恶化或发生意外，甚至猝死，究其原因，暴怒者常为首因。

调理情志，调肝首位。调肝之法概有疏肝、泄肝、平肝、伐肝、抑肝、清肝、泻肝、和肝、养肝、柔肝十法。实质分三类：**调气**为主的疏肝、泄肝、伐肝、抑肝、和肝；**清热**为主的清肝、泻肝；以及**滋养**为主的平肝、养肝、柔肝。

《灵枢·本神》曰："肝藏血，血舍魂，肝气虚则恐，实则怒。"肝血的特点是体阴而用阳，内寄相火。调气之法，常易香燥伤阴而致阴虚阳亢，肝气上逆；清热之法又易苦寒伤胃而致肝胃不和，肝脾不调；滋养之法既可养血保肝，又能滋水涵木，从滋养肝之体阴着手而调肝之用阳病理，如肝郁、肝亢、肝火、肝惊、肝风等，故柔肝之道调治肝病最佳、最妥。

柔肝之道的代表方是逍遥散、二至丸。主药有当归、白芍、首乌、枸杞子、女贞子、旱莲草、阿胶、桑椹。应用**柔肝之道有三个注意点：**①**随证加减**，如肝郁者少佐疏肝理气的柴胡、香附、青皮、枳壳、郁金等；肝亢者，配以平肝潜阳的钩藤、珍珠母、生石决明、菊花、川牛膝等；肝火者伍用清肝泻火的丹皮、栀子、川楝子、决明子、夏枯草等；肝惊者助以养心安神的炒枣仁、夜交藤、生龙骨、琥珀粉、云苓等；肝风者加用重镇熄风的天麻、白蒺藜、地龙、僵蚕、羚羊粉等。②**要虑及气血相关，肝肾同源。**养肝血少佐补气药，如生芪、黄精、参类、白术、山药等；滋肝阴配以补肾药，如生地、天冬、生杜仲、桑寄生、龟板等，以便提高柔肝疗效。③**防止滋腻碍胃**，投以醒脾开胃药以便补而不滞，如用木香、砂仁、焦

二仙、生鸡内金、陈皮等。

46. 心与肾的对立统一

《素问·灵兰秘典论》云："心者，君主之官也，神明出焉。"《素问·宣明五气篇》更明确指出："心藏神"；《素问·痿论》云："心主身之血脉"；《素问·阴阳应象大论》云："在天为热，在地为火，在体为脉，在脏为心。"中医认为心是首要之脏，对人体的影响主要在于"藏神明"和"主血脉"，心属火。

《素问·灵兰秘典论》云："肾者，作强之官，伎巧出焉。"《素问·宣明五气篇》进一步指出："肾藏志"；《素问·阴阳应象大论》云："在天为寒，在地为水，在体为骨，在脏为肾。"中医认为"先天之本在肾"(《医宗必读》)。肾的功能比较多样和独特，主要有三个：①肾藏精，包括"两神相搏"所生之精和"五脏六腑"之精(《灵枢·本神》、《灵枢·决气》、《灵枢·大惑论》)，指生命活动、生长强壮、生育繁殖、物质代谢、抗病驱邪、作劳技巧。②肾者主水(《素问·上古天真论》)，全身水液的生成、转输和水液代谢的调节，"其本在肾"(《素问·水热穴论》)。③肾主纳气，肺主呼气。《类证治裁》云："肺为气之主，肾为气之根。肺主出气，肾主纳气，阴阳相交，呼吸乃和。"此外肾脏比较独特，既为水脏，又含命门之火，水火交济，阴阳互根，具有双向作用。

五脏中心属火，肾属水，互相制约，互相关联，形成对立统一。心阳下降至肾，温养肾阳，肾阴上升至心，涵养心阴，水火相济，以维持正常的生理动态平衡。一旦肾水不足，水不济火，致使心火独旺，出现心烦、失眠、遗精诸症。肾水亏于下，心火亢于上，出现心肾不交的证候。治宜滋肾于下，清心于上，交通心肾，以便达到新的动态平衡。其代表方为《韩氏医通》的交泰丸，此方仅两味组成：用黄连清心火，用肉桂引火归源。两者用量3:1，即黄连10g、肉桂3g。为增强疗效，还应配滋肾的生地、枸杞子、黄精，降相火的知母、黄柏，宁神的炒枣仁、夜交藤。这样，此方便成为临床治疗心肾不变型神经衰弱失眠的特效方。

47. 要重视"升清降浊"

《素问·阴阳应象大论》云："清阳出上窍，浊阴出下窍"，"阴味出下窍，阳气出上窍"。气机的升降出入是人体重要的生理功能之一，故《素问·六微旨大论》云："非出入则无以生长壮老已，非升降则无以生长化收藏。"升降出入失调便是气机失调，是人体重要的病机之一。气机失调可分气机不利和气机逆乱两类。气机不利者系气机升降出入运行迟缓不畅，常见**气郁、气滞、气闭三种**。其本质相同，仅程度不一，特征有别。气郁最轻，多指脏腑之气不利，主要是肝气郁结，容易化火；气滞较重，侧重于经络之气不利，常致疼痛、肿胀，气滞易致血瘀，而且不能输布津液而生痰浊湿饮；气闭最重，常致窍遂不通，机窍失灵，如心气闭阻的神昏谵语，肝气闭阻的耳鸣耳聋，肺气闭阻的喘息声哑等。气闭

也可导致经气闭塞而见气厥、热厥、痛厥等。气机逆乱者系气机升降出入运动太过、不及或反常，多见气逆、气陷、气脱三种。气逆指升多降少的病态，主要有**肺气上逆**的咳喘，**胃气上逆**的呕恶、嗳气、呃逆和**肝气上逆**的眩晕、头痛，也有虚证肾不纳气的咳喘短息；气陷指不升反降的病态，主要是**中气下陷**的脏腑下垂和便溏乏力；**气脱指元气脱逸**，是危重证，多因大出血、大汗出、严重吐泻所致，或见于久病衰竭时。

气机升降出入的枢纽在于中焦脾胃。脾主升清运化，胃主降浊纳谷，构成正常的生理功能。临床上常见脾失健运，胃失和降，清阳不升，浊阴不降，便产生以消化症状为主要表现的一系列病态，多见上述的气机不利或气机逆乱诸证。此时应以“升清降浊”为法则方能奏效。升清的代表方有四君子类、补中益气汤、升陷汤等，主药有生芪、党参、白术、升麻、柴胡、桔梗、蝉衣、葛根、川芎等；降浊的代表方有苏子降气汤、橘皮竹茹汤、镇肝熄风汤等，主药有苏子、杏仁、陈皮、竹茹、代赭石、珍珠母、灵磁石、川牛膝等。总之治疗气机失调病证要重视“升清降浊”。

48.“反佐法”的特效

《素问·至真要大论》有语：所谓“逆者正治，从者反治。”释其语，即用药逆其证候而治者为正治法，如寒者热之、热者寒之等。用药从其证候而治者为反治法，如寒因寒用、热因热用、塞因塞用、通因通用等。反治法针对的证候是假象，见大寒证，实质上是真热假寒，仍当寒之；见大热证，实质上是真寒假热，仍当热之。故反治法仍然是正治法，仅仅因假象的出现而表面上的从治而言。正如《类经·标本论》所云：“以寒治热，治真热也，以热治寒，治真寒也，是为逆取。以热治热，治假热也，以寒治寒，治假寒也，是为从取。”

反佐法属于反治的一种，其法有两种运用：一是克服副作用。在温热药中少佐寒凉药，以防热性上炎，称为**“凉性反佐”**。如少加公英、连翘、黄连、黄柏、栀子、丹皮、白花蛇舌草、野菊花等。在寒凉药中少佐温热药，以防寒性下泄，称为**“温性反佐”**。如少伍炮姜、高良姜、川椒、肉桂、乌药、细辛、葱白、小茴香等。二是防止内服药时病人的格拒呕吐，采取热药冷服，寒药温服的方法，以便吸收而起药效。这两种配方和服法的反佐法均直接影响疗效，在临证时不可疏忽。故《素问·五常政大论》有训：“治热以寒，温而行之；治寒以热，凉而行之。”

49.“祛风”勿忘“和胃”

内经素问专有“风论”篇。风为重要的病因，其特性是“风者百病之长”，“风者善行而数变”。风邪侵犯人体，于脏腑经络，肌肤骨节无孔不入，在表则滞留于皮毛，或肌肤腠理之间，或游走于经络募原之中；入内则伤及脏腑，上可直达巅顶，下可流窜膝踝。其病常无定处而且善动，传变也快，病证也多。另外风邪在一年四季中无时不有，暑湿燥

火寒均可夹风。与暑相合,称暑风;与湿相合,成风湿;与燥相合,成风燥;与火相合,成风火;与寒相合,成风寒,成为百病之始导。风邪所感虽同,但病变则各异。如外感风邪,则有表证("汗出头痛,身重恶寒"),又可发生腹胀、腹泻、消化不良等脾病症状,也可见瘾疹风块或眩晕、卒倒。故《素问·风论》云:"至其变证,乃为他病也。"

风气又为病证名。如《风论》里的"肺风"、"心风"、"肝风"、"脾风"、"肾风"、"胃风"、"首风"、"漏风"、"泄风"。《评热病论》里的"风水"、"风厥"、"劳风"。《病能论》里的"酒风"等等。

风别内外,治风之道在于"祛之"。祛外风名为"解表",祛内风名为"熄风"。无论外风、内风,在"祛风"时注意佐以"和胃",则是提高疗效之策。和胃又称和中,系调和胃气之意,常用"保和丸"、"二陈汤"、"平胃散"之类。如在解表时佐以和胃的云苓、陈皮、姜半夏;熄风时配用和胃的木香、砂仁、炒苍术,均能收获增效之果。特别是治疗风疹作痒时,单纯追求"祛风"往往收效甚微,反复性较大,如治以和胃法,则疗效明显,复发率小。一般处方如下:

云　苓 15g	陈　皮 15g	莱菔子 10g	炒葶苈子 10g
地肤子 10g	丹　参 30g	石菖蒲 10g	郁　金 10g
焦三仙 30g	连　翘 10g	防　风 5g	制大黄 10g

50."不治已病治未病"的优势

此语出于《素问·四气调神大论》:"是故圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,此之谓也。""夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎。"《难经·第七十七难》更将其具体化:"所谓治未病者,见肝之病,则知肝当传之于脾,故先实其脾气,无令得受肝之邪,故曰治未病焉。"至张仲景《金匮要略》更解治肝补脾之要妙:"中工不晓相传,见肝之病,不解实脾,惟治肝也。夫肝之病,补用酸,助用焦苦,益用甘味之药调之。酸入肝,焦苦入心,甘入脾。脾能伤肾,肾气微弱,则水不行;水不行,则心火气盛;心火气盛,则伤肺;肺被伤,则金气不行;金气不行,则肝气盛。故实脾,则肝自愈。"

"治未病"的思想是中医理论的重要组成,也是整体观念的生动体现。"治未病"有两层意思:**一是在制订治疗方案时,要注意到可能受到传变影响的脏腑气血津液**,并采取相应预防措施,阻断其转移、传变和扩展,使病变范围尽可能缩小,这便是《温热经纬》所言的:"务在先安未受邪之地。"比如临床见到肾阴不足证,在滋补肾阴时要想到"水不涵木"会出现肝阳上亢而佐平肝的菊花、夏枯草、钩藤之类,要想到"心肾不交"会出现心火上炎而佐清心的竹叶、黄连、丹皮之类。临床见到肝火亢盛证,在清肝泻火时要想到"木火刑金"会出现肺阴不足而配润肺的桑白皮、沙参、川贝之类,要想到"肝木横逆"会出现肝胃不和而配和胃的云苓、陈皮、木香之类。临床见到脾不健运证在健脾补中时要想到"气虚血亏"会出现阴血不足而伍养血的生地、当归、黄精之类,要想到"火不生土"

会出现肾阳不振而伍温肾的生杜仲、补骨脂、桂枝之类等等。这样的立法组方思路就会有全局的观点、动态的观点，可以确保疗效，预防传变。**二是采取治疗的手段上可以更加多样化**。比如临床见到肝气郁结证，可以疏肝理气，也可以健脾以疏肝，如投香砂六君；也可以活血以理气，如投血府逐瘀汤。肝气不足证，可以补益肺气，也可以培土以生金，如用四君子；也可以滋肾以润金，如用麦味地黄。

“治未病”非但体现中医历来主张“预防为主”的治疗原则，而且体现全面动态制订治疗方案的指导思想，既保疗效，又防传变，是一种先进的治疗思想，有明显的优势。

51. 十二条基本治则辑要

中医治疗疾病的法则，简称治则，也就是中医治疗学。其特色是运用中医理论，突出整体恒动观念，体现辨证论治优势。中医基本治则共12条，即：**治病求本，标本缓急，正治反治，扶正祛邪，虚实补泻，调整阴阳，因时制宜，因地制宜，因人制宜，同病异治，异病同治，辨证辨病**。现辑要如下：

(1) 治病求本

临床表现常常错综复杂，千变万化，但总有一个根本的病因和本质的表现，这就叫“本”，治疗的关键就是要抓住这个“本”，方能奏效。这就是“治病求本”的含义。比如眩晕证，要辨别其“本”属于外感（风寒、风热）、痰湿、气虚、血虚、阴虚阳亢、瘀血等而分别加以对证处置，方能解除眩晕；感染性发热证，中医应当辨清外感发热还是内伤发热。外感中又要分清伤寒、温病，在表、在半表半里或表里同病；在表又要辨别风热、风温、风寒、风燥。内伤中要分别虚实，虚证又有阴、阳、气、血之别，实证又有痰、瘀、湿、心、肝、肺、胃之分，然后根据其“本”再订治则。风寒外感可见恶寒，发热，头痛，无汗，咳嗽诸症，其“本”在于风寒束于肺卫，只有疏散风寒，宣肺解表，方能解除表证；高热不退的患者，有时可见四肢不温的表现，但内热是其“本”，肢冷仅是假象，这叫“真热假寒”，只有清理内热，方可使肢冷自愈。

(2) 标本缓急

“标”系疾病的现象，指病邪、症状、体表、新病、继发病等；**“本”**系疾病的本质，指正气、病因、内脏、旧病、原发病等。标本缓急的治则有四种含义，即：**急则治标，缓则治本，标本同治和标本转化**。当标病势急，危及生命或不治标会影响治本时，就要先治其标，标缓后再治本，叫“急则治标”。如大出血时，不论何种原因，必先止血固脱，投独参汤、生脉散等，急救出血性休克，血止固脱后再从病因治本；两便不利，咽喉食管堵塞时，也先通利再治本；素有旧疾（如哮喘，肝炎等），复感外邪，均应先祛外感，再治旧疾。病情缓和，病程较长的慢性病则应治本，所谓“缓则治本”。如脾虚泄泻，只有健脾方能止泻；肺虚咳血，只有润肺方能止血；肾虚咳喘，只有温肾方能止喘；《素问·标本病传》云：“先

中满而后烦心者，治其本"，即胃中湿热中满，上乘于心而烦者，应当先治中满，清利湿热，心烦则自解，这也是"缓则治本"的实例。标本俱急时必须标本同治，如慢性肾炎，浮肿尿少，又合并感染而胸满咳喘，此时，尿少和喘息均属急症，治疗上一方面温肾利水以消浮肿，另一方面宣肺降气以定喘息。两者同治，投金匮肾气丸，除方中桂附温肾、苓泽宣肺外，再佐补骨脂、鹿角霜温肾，葶苈子、桑白皮宣肺，常收佳效。发热患者，一方面实热不解而腹满作痛，燥屎便结，另一方面热伤津液而口干唇裂，舌苔黄燥。此时单纯清热泻实治其标，有重伤津液之弊，如单纯滋阴治其本又难以泻其实热。如两法合用，标本同治，投增液承气汤，则泻热存阴，增水行舟。慢性胃肠炎，中焦虚寒而见腹满便溏纳差，又复感外邪，造成表里同病，治当表里双解，而投小柴胡汤，这也是标本同治的例子。《伤寒论》里的麻黄附子细辛汤证也是表里同治的例子，一方面既有表证的寒热无汗，另一方面又有里证的脉沉，温里和发表同治。标本并非一成不变，常常有转化，如老慢支患者，动则气促，形寒乏力，系肾阳不振的表现，此为本应投温肾纳气治则，一旦急性发作，以咳喘喉鸣为主症则转成肺失宣降为本，治则应转为宣肺化痰，方能奏效。

(3) 正治反治

语出《素问·至真要大论》："逆者正治，从者反治。"逆疾病的证候而施治者叫正治，也称逆治。如"热者寒之"、"寒者热之"、"虚则补之"、"实则泻之"。临床表现与病本一致，是临床常规治则；顺疾病的证候而施治者叫反治，也称从治。如"通因通用"、"塞因塞用"、"热因热用"、"寒因寒用"，"反佐法"临床表现与病本不一致，有假象出现，是临床特殊治则，其所从者是假象，所以实质上还是针对其真"本"，还是正治。

(4) 扶正祛邪

疾病是邪正相争的过程。扶正者，运用扶正药物如补气、养血、温阳、滋阴以及营养、休息、锻炼等方法扶助正气；祛邪者，运用祛邪药物如发表、清热、凉血、解毒、攻下、渗湿、利水、消导、活血、理气、驱虫，以及洗胃、灌肠等方法，祛除病邪。

扶正和祛邪历来存有分歧：一派主张扶正以祛邪，扶正为先。另一派主张邪不祛，正难安，祛邪为主。还有人主张应当攻补兼施。应用扶正祛邪治则，**应当一切从临床实际出发**。如正虚为主，邪气不盛，当扶正为主兼以祛邪（贫血患者兼有纳呆，投养血药中加以开胃之品）；邪气亢盛，正气不太虚者宜祛邪为主兼以扶正（虚人感冒，疏散风寒药中加一味补气的参或芪）；邪气留恋，正气受损，应先祛邪，后扶正，或攻补兼施（脾虚痰湿可以先除痰湿，再健脾虚，或健脾祛痰兼施），攻补兼施时要注意扶正不恋邪，祛邪不伤正；正虚不耐攻伐，应先扶正后祛邪（尿毒症患者亡阳，应当先回阳救逆，再排毒祛邪）。

临床如何应用扶正祛邪治则，明李中梓有高见，《医宗必读》云："初者病邪初起，正气尚强，邪气尚浅，则任受攻。中者受病渐久，邪气较深，正气较弱，任受且攻且补。末者病历经久，邪气侵凌，正气消残，则任受补。"可作借鉴。

(5) 虚实补泻

虚者宜补,实者当泻。临床应用强调**“虚则补其母”**,如培土生金,也就是肺虚健脾(小建中汤加桔梗参芪);益火生土也就是脾虚温肾(理中汤加桂附);滋水涵木,也就是肝亢滋肾(一贯煎加枸杞子、女贞子)。**“实则泻其子”**,如肝旺泻心火,心火盛清胃肠热,脾胃实热泻肺火等。

(6) 调整阴阳

分为偏盛和偏衰两类。阴阳偏盛,有阴盛,属寒邪,里证,应用温法散寒;阳胜属热邪,表证,应用汗法解热。偏盛者“损其有余”即可。

阴阳偏衰,主要是肾的阴虚和阳虚,是临证的重要治则。肾阴虚的主证为五心烦热,腰痠膝软,舌净质红,脉象细数。治以“壮水之主,以制阳光”,以六味地黄、左归饮为主方,生地、枸杞子、女贞子为主药;肾阳虚的主证为形寒腰痠,舌质淡胖,脉象沉细,治以“益火之原,以消阴翳”,以肾气丸、右归饮为主方,蛇床子、黄精、补骨脂为主药。根据肾为水火之脏的特点,要注意“孤阴不生,独阳不长”的阴阳互根理论,要遵循张介宾的提示:“善补阴者必于阳中求阴”,加佐补骨脂、仙灵脾、菟丝子等;“善补阳者必于阴中求阳”,加佐枸杞子、女贞子、杜仲等。

滋阴巧配。阴虚者每多虚火上炎,如过用苦寒泻火之品,常常虚火不清,阴虚更甚,应以壮水之品为主,少佐清降。如虚火扰心,心烦不眠,可选加知母、枣仁、远志;虚火灼肺,咳痰带血,可选加贝母、茅根、藕节;相火上扰,骨蒸盗汗,可选加知母、黄柏、银柴胡;肝阳上亢,眩晕耳鸣,可选加菊花、草决明、珍珠母;肾虚劳热,喘咳咯血,可选加桑白皮、仙鹤草、紫菀。另外滋阴药每多碍胃,应佐开胃的陈皮、木香、砂仁之类。

温阳慎用。温阳药力大,作用快,但副作用也大,务必对证。为防其伤津动血,可用久煎法(先煎半小时)或反佐黄柏、知母、公英之类。如有伤阴之虑,可改温燥的桂附,代之温润的蛇床子、补骨脂、巴戟肉、肉苁蓉、仙灵脾等。

总之,调整阴阳的治则要守经训。《素问·阴阳应象大论》:“审其阴阳,以别柔刚,阳病治阴,阴病治阳。”

(7) 因时制宜

根据四时季节气候的特点,制订相宜的治则,也称**“四时异治”**。如春夏季节,气候渐热,阳气升发,腠理开泄,要少用辛温发散药如麻桂、苏叶以养阳气;夏秋季节,暑热逼人,要慎用桂附生姜。因多湿常佐渗湿清暑之品如藿香、六一散、荷叶等;秋冬季节,气候渐寒,阳气内藏,应免用寒凝之品,如石膏、知母、芩连等。

四时感冒,用药也有不同。春日风邪可用桑菊、银翘;夏日暑邪,可用三仁、藿香正气;秋日燥邪,可用杏苏,清燥救肺;冬日寒邪,可用荆防败毒。

(8) 因地制宜

根据不同地区、地理环境、生活习惯,制订相宜的治则,也称**"五方异治"**。如北方寒冷干燥,腠理致密,不易汗出,外感风寒可用麻桂发汗峻剂。而南方炎热潮湿,腠理疏松,容易出汗,用药多清淡并偏利湿,如薄荷、桑叶、菊花之类。牧区以乳肉荤食为主,痰湿较重并易化热,故治重清热化痰。东南沿海,阴虚多见,治重滋阴清热。

金元四大家的学术观点也深受其地域的影响。刘河间生在北方,刚劲壮实,又嗜酒蕴热,提出"六气多从火化",成为寒凉派;张从正也系北方人,体壮厚食,主张邪去方正安,成为攻下派;李东垣为富家子弟,嗜欲乐逸,常伤脾胃,当时元兵南下,人民困苦,脾胃多虚,故主张脾胃为本,成为补土派;朱震亨是南方人,体质瘦弱,且多酗酒纵欲,易伤肾阴,主张"阳常有余,阴常不足",成为滋阴派。

(9) 因人制宜

根据患者年龄、性别、体质、职业、精神等不同制订相宜的治则,也称**"治病治人"**。如妇人有经带胎产之异,且精神因素致病较多,故治疗重调气血、疏肝经;小儿则脏腑娇嫩,易生疳积,治宜消导,用量要轻;老年人气血衰少,虚证丛生,治宜补虚为主,祛邪时更宜谨慎,以防伤正;工作在高温车间,以清利为治,而工作在冰库则以温补为治。

(10) 同病异治

相同的病证,因病因不同,或同一病证,因阶段不同,用不同的治则。如感冒病证,病因有风寒、风热、风燥的不同而治则各异。有不同阶段在表和化热入里而治则各异。咳嗽病证,因有外感和内伤的不同而治则各异:外感祛风,用荆芥、桔梗、前胡、杏仁、蝉衣;内伤补气用党参、白术、云苓、陈皮、川贝;内伤养阴用生地、麦冬、沙参、紫菀。

(11) 异病同治

不同病证,病因相同,或不同病证,进入同一性质的阶段,可用相同的治则。如脱肛、崩漏、久痢、虚热、脏腑下垂等不同的病证均因中气下陷所致,可用相同的补中益气为治则;眩晕、怔忡、癫、痫、狂、喘证、中风、不寐、胸痹等不同病证均因痰浊闭阻,都可用化痰降浊的治则,同样投温胆汤、导痰汤;水肿、耳鸣、癃闭、遗尿、腰痛、阳痿、早泄都可发展到肾阳不足阶段,此时都以温补肾阳为治则,用二仙汤、肾气汤都可奏效。

(12) 辨证辨病

中医辨证也辨病,但详于辨证而简于辨病,故曰辨证论治。中医的辨证要细微全面和对证,这是获效的关键。为了进一步提高疗效,在辨证的基础上结合中医的辨病或西医的诊断,也就是西医的辨病识病优势,就会更加全面精确。**辨证辨病的治则被近代许多医家所提倡,应用于临证,确实能提高疗效,但要把握主体那就是辨证为主,否则会得**

不偿失，反而影响疗效，不能不提醒于此。

52. 八法妙用

治法是治则的具体应用。临证归结为汗、吐、下、和、温、清、补、消八法，共67则，如何用活，获得应有的疗效，其关键有二：**一是对证，二是主药**。中医临床8法人人会用，掌握对证和主药，可谓"妙用"。

(1) 汗法

1) 对证：外感病初期，水肿(尤其头面)，疮疡初起，疹疾未透(含9则)。

2) 主方主药：①辛温解表法(风寒表证)，选用，荆防败毒散(荆芥穗、防风、川芎，《医学正传》)；②辛凉解表法(风热表证)，选用银翘散(连翘、双花、薄荷，《温病条辨》)；③滋阴解表法(阴虚外感)，选用加减葳蕤汤(玉竹、白薇、芦根，《通俗伤寒论》)；④益气解表法(气虚外感)，选用参苏饮(生芪、苏叶、葛根，《和剂局方》)；⑤化痰解表法(痰饮外感)，选用小青龙汤(姜半夏、细辛、桂枝，《伤寒论》)；⑥清热解表法(风寒郁热)，选用麻杏石甘汤(炙麻黄、生石膏、杏仁，《伤寒论》)；⑦通下解表法(表里俱实)，选用防风通圣散(防风、制大黄、车前草，《宣明论》)；⑧祛暑解表法(风寒湿滞)，选用藿香正气散(藿香、青蒿、生苡仁，《和剂局方》)。

3) 注意：①剧吐、淋浊、失血、疮疡日久者禁汗。②外邪已由表传里，气血俱虚，里寒、里实者不能误汗。③寒厥、瘀血、风温、湿温中暑、自汗诸症，皆可有寒热与外感似同实异，不可误汗。④汗为心之液，过汗则伤津液，**发汗应以汗出邪祛为度**。⑤注意因时、因地、因人制宜，不可过汗。⑥服药时要避风寒，特别不宜物理降温，也要忌油腻。

(2) 吐法

1) 对证：痰涎、食积停滞于上焦胸脘或误食毒物、药物。黄疸病心中懊恼欲吐，疟疾痰多日久，痰迷心窍的癫狂(含2则)。

2) 主药：峻吐法(痰食毒物阻滞)，选用瓜蒂散(瓜蒂、赤小豆，《伤寒论》)；缓吐法(宿食停滞)，选用盐汤探吐方(盐汤)

3) 注意：①吐法易伤正(元气、胃阴)，凡病情危重，老弱气衰，失血，喘促，脚气上冲，妊娠，产后均禁吐。②**催吐以一吐为度，不可反复催吐**。③服药后，以手指或压舌板探咽助吐。④吐后要稍停片刻再进稀粥，禁食生冷硬物。

(3) 下法

1) 对证：热结、水结、蓄血、痰结、虫结等里实证(含7则)。

2) 主药：①泻火攻下法(阳明腑实证)，选用大承气汤(厚朴、枳实、大黄，《伤寒论》)；②温通攻下法(寒痰结滞证)，选用温脾汤(附片、大黄、莱菔子，《千金方》)；③润肠缓下

法(肠燥便秘证),选用五仁丸(桃仁、郁李仁、草决明,《世医得效方》);④峻下逐水法(阳水实证),选用舟车丸(黑丑、白丑、大黄、葶苈子,《河间十书》);⑤破血逐瘀法(瘀血内结证),选用桃仁承气汤(桃仁、红花、莱菔子,《伤寒论》);⑥降火逐痰法(实热顽痰证),选用礞石滚痰丸(青礞石、大黄、天竹黄,《丹溪心法》);⑦泻下驱虫法(肠道寄生虫),选用肥儿丸(使君子、槟榔、川楝子,《和剂局方》)。

3)注意:①邪在表,在半表半里或阳明未腑实者均禁下。②老人肠燥,素体虚弱,产后营血不足,虽大便困难也禁峻下。③妊娠和经期慎用下法。④**以邪去为度,服后大便已通**,则停服 2 煎,**以防过用伤正**。⑤下法应用要掌握时机,下之过早,导致表邪乘虚内陷;下之太迟,则酿成亡阴;不可下而妄下则徒伤脾胃之气。

(4)和法

1)对证:少阳证,肝胃不和,肝郁气滞,营卫不和,经期感冒(含 8 则)。

2)主药:①和解表里法(少阳半表半里证),选用小柴胡汤(柴胡、黄芩、党参,《伤寒论》);②调和营卫法(营卫不和证),选用桂枝汤(桂枝、白芍、丹参,《伤寒论》);③疏肝理气法(肝郁气滞证),选用四逆散(柴胡、枳壳、白芍,《伤寒论》);④舒肝和胃法(肝胃不和证),选用左金丸(黄连、川楝子、木香,《丹溪心法》);⑤抑木扶土法(肝脾不调证),选用逍遥散(当归、白芍、白术,《和剂局方》);⑥和胃降气法(胃气上逆证),选用半夏泻心汤(姜半夏、黄芩、生赭石,《伤寒论》);⑦降气定喘法(肺气上逆证),选用苏子降气汤(苏子、厚朴、肉桂,《和剂局方》);⑧降逆止呕法(肝胃上逆证),选用旋复代赭汤(旋复花、生赭石、姜半夏,《伤寒论》)。

3)注意:①病邪在表,未入少阳,或邪已入里,或三阴寒证均禁用和法。②**和法虽然缓和,范围较广,但非通用之法,要用之得当**。③和法用在调和脏腑时,主要是肝木和中土的关系,而且要配合意疗。④内伤劳倦、气血亏虚、食积、瘀血、痈疽初起,虽有寒热往来亦不可和之。

(5)温法

1)对证:寒邪直中三阴的里寒证,热邪转成的虚寒证(含 6 则)。

2)主药:①回阳救逆法(亡阳虚脱证),选用参附汤(人参、附片、五味子,《校注妇人良方》);②温中散寒法(脾胃虚寒证),选用理中汤(人参、白术、干姜,《伤寒论》);③温化痰饮法(痰饮证),选用苓桂术甘汤(云苓、白术、桂枝,《伤寒论》);④温阳利水法(阳虚水泛证),选用真武汤(附片、云苓、白芍,《伤寒论》);⑤温经通络法(寒痹、阴疽证),选用阳和汤(鹿角霜、桂枝、白芥子,《外科全生集》);⑥温肺化痰法(寒痰证),选用杏苏散(苏子、杏仁、云苓,《温病条辨》)。

3)注意:①热结于里、真热假寒、素体阴虚舌红、挟热下利、阴液将脱者,禁用温法。②孕妇慎用大热药。③**配合进食暖胃的姜、椒、红糖等食品,以助热力。**

(6) 清法

1) 对证:热在气分、营分、血分的里热证、表里俱热证(含14则)。

2) 主药:①清心导赤法(心火亢盛,心热移肠证),选用导赤散(生地、竹叶、车前草,《小儿药证直诀》);②泻肺清热法(肺火内伏证),选用泻白散(桑白皮、地骨皮、黄芩,《小儿药证直诀》);③清肝泻火法(肝火郁热证),选用龙胆泻肝汤(栀子、丹皮、泽泻,《医宗金鉴》);④清胃降火法(胃火炽盛证),选用清胃散(黄连、生地、芦根,《兰室秘藏》);⑤清热解毒法(上焦湿毒证),选用普济消毒饮(连翘、板蓝根、僵蚕,《医方集解》);⑥清热解毒法(三焦火毒证),选用黄连解毒汤(黄连、黄柏、生栀子,《外台秘要》);⑦清热解毒法(下焦湿热证),选用白头翁汤(白头翁、黄连、秦皮,《伤寒论》);⑧清热利湿法(湿热下注证),选用八正散(萹蓄、制大黄、车前草,《和剂局方》);⑨清热生津法(气分热盛证),选用白虎汤(生石膏、知母、生苡仁,《伤寒论》);⑩清营凉血法(热入营血证),选用犀角地黄汤(水牛角、生地、丹皮,《千金方》);⑪滋阴清热法(热灼伤阴,阴虚火旺,热病后期),选用青蒿鳖甲汤(青蒿、鳖甲、生地,《温病条辨》);⑫清热开窍法(热毒内陷证),选用安宫牛黄丸(牛黄、栀子、冰片,《温病条辨》);⑬清暑利尿法(感暑夹湿证),选用三仁汤(杏仁、蔻仁、苡仁,《温病条辨》);⑭清热化痰法(痰热内结证),选用清气化痰丸(全瓜蒌、胆星、黄芩,《医方考》)。

3) 注意:①真寒假热,虚阳上浮者皆不可误用;②表邪不解、阳气被郁的发热、偏虚有寒的热象、气虚、血虚所致的虚热,或素体脾胃阳虚者均应慎用;③**苦寒药易伤阳气,特别是脾阳,不能一味追求量大剂重**;④宜浓煎冷服;⑤应注意热邪的病位层次,掌握应用,以防"引邪深入";⑥**热邪要给出路**:上焦用蝉衣、桔梗、升麻;中焦用生苡仁、云苓、大黄;下焦用车前草、竹叶、泽泻;营血用生地、丹皮、赤芍。

(7) 补法

1) 对证:气、血、阴、阳虚证及正气虚弱无力驱邪者(含14则)。

2) 主药:①健脾益气法(肺脾气虚证),选用四君子汤类(党参、白术、云苓,《和剂局方》);②甘温除热法(气虚下陷证),选用补中益气汤(生芪、当归、升麻,《脾胃论》);③补血调经法(血虚或血瘀证),选用四物汤(生地、当归、川芎,《和剂局方》);④养血柔肝法(肝血虚损证),选用二至丸(女贞、当归、柴胡,《证治准绳》);⑤养心安神法(心脾两虚证),选用归脾汤(生芪、当归、云苓,《济生方》);⑥温补肾阳法(肾阳不足证),选用肾气丸(桂枝、附片、生地,《金匮要略》);⑦滋补肾阴法(肾阴不足证),选用地黄丸(生地、黄精、泽泻,《小儿药证直诀》);⑧滋补肝肾法(肝肾阴虚证),选用一贯煎(枸杞子、麦冬、生地,《柳州医话》);⑨养阴润肺法(肺虚火盛证),选用百合固金汤(百合、元参、川贝,《医方集解》);⑩育阴潜阳法(水不涵木证),选用天麻钩藤饮(天麻、钩藤、生地,《杂病证治新义》);⑪交通心肾法(水火不济证),选用交泰丸(黄连、肉桂、炒枣仁,《韩氏医通》);⑫益气固表法(表虚自汗证),选用玉屏风散(生芪、白术、防风,《世医得效方》);⑬益气

养阴法（气阴两亏证），选用生脉散（人参、麦冬、五味子，《内外伤辨惑论》）；⑭固摄冲任法（冲任不固证），选用固冲汤（生芪、白芍、煅龙骨，《医学衷中参西录》）。

3）注意：①必先开胃，施补方可吸收。湿浊中阻苔腻者，投芳香开胃法，如藿香、木香、竹茹、苡仁、蔻仁、砂仁、鸡内金等；胃阴不足苔薄者，投养阴开胃法，如芦根、云苓、乌梅、焦三仙、石斛等。②不可滥用，病邪未清、真实假虚时禁补，否则"误补益邪"。**要补而不滞**，佐以和胃醒脾的陈皮、木香、砂仁、鸡内金、生山楂等，以防**"虚不受补"**。③虚实夹杂，尤其邪仍显时，应先祛邪后补虚，以防"因补留邪"。

（8）消法

1）对证：气滞、血瘀、痰浊、水湿、食积所致的慢性癥瘕积聚证（含 12 则）。

2）主药：①疏肝理气法、和胃降气法（见"和法"）；②活血化瘀法（见"下法"）；③温肺祛痰法（见"温法"）；④清热祛痰法（见"清法"）；⑤燥湿祛痰法（痰湿证），选用二陈汤（陈皮、姜半夏、云苓，《和剂局方》）；⑥软坚祛痰法（痰核、瘰疬证），选用消瘰丸（玄参、生牡蛎、浙贝，《医学心悟》）；⑦涤痰开窍法（痰迷心窍证），选用涤痰汤（胆星、竹茹、菖蒲，《济生方》）；⑧芳香化湿法（湿袭上焦证），选用香薷散（香薷、扁豆、厚朴，《和剂局方》）；⑨祛风胜湿法（湿凝经络证），选用独活寄生汤（独活、桑寄生、生苡仁，《千金方》）；⑩苦温燥湿法（湿阻中焦证），选用平胃散（苍术、厚朴、陈皮，《和剂局方》）；⑪淡渗利湿法（湿注下焦证），选用五苓散（云苓、猪苓、桂枝，《伤寒论》）；⑫消导和中法（伤食中阻证），选用保和丸（焦三仙、陈皮、连翘，《丹溪心法》）。

3）注意：①脾虚气滞不能制水的肿满、阴虚热病、血枯经闭均禁用消法。②脾肾虚损而生痰湿者慎用消法。③根据病期的不同选用消散、消和、消补诸法合用。④行血必先行气，配以乌药、郁金、青皮、枳壳、木香等；化瘀必温通，佐以桂枝、炮姜、小茴香、鹿角霜等；气虚运血无力者须加参芪等；津液不足而致瘀者要配芦根、玄参等。⑤**消法要强调中病即止、善后防复**，可投香砂六君健脾或逍遥散和肝或交泰丸清心。

53．本草学是基石但要实用化

中药始称"本草"。五代时，蜀·韩保升称"按药有玉石草木虫兽，而直云本草者，为诸药中草类最多也。"故本草实为中药的统称，本草学也就是中药学。

本草学由四部分组成：中药的产地、采集、保存；中药的炮制、制剂；中药的性能和中药的用法。

（1）产地

产地由于土壤、气候、光照、水分等自然条件的差异，而直接影响本草的药效，故本草有**"地道药材"**的称谓。人参产于吉林抚松，党参产于山西长治，黄芪产于内蒙武川，当归产于甘肃岷县，三七产于云南文山州，枸杞产于宁夏中宁，白术产于浙江磐安，于术

产于浙江临安,茯苓产于湖北罗田,山药产于河南怀庆和山西平遥,首乌产于广东德灰,白芍产于安徽亳州,阿胶产于山东东阿,麦冬产于浙江慈溪,山萸肉产于浙江淳安,补骨脂产于四川合川和河南信阳,罗汉果产于广西永福,天麻产于贵州毕节,甘草产于内蒙杭锦,杭菊产于浙江桐乡,白菊花产于安徽滁县,银耳产于四川通江,浙贝产于浙江鄞县,川贝产于四川松潘,琥珀产于江苏启东,珍珠产于广西合浦,元胡产于浙江东阳,枳壳产于江西清江,木瓜产于安徽宣城,山楂产于河南林县,泽泻产于福建建瓯,银花产于山东平邑,黄连产于四川石柱,陈皮产于广东新会,川楝子产于四川万县,蜈蚣产于浙江岱山,北大黄产于青海西宁,银柴胡产于陕西延安,砂仁产于广东阳春,茯苓产于安徽霍山,海风藤产于四川大巴,肉桂产于广西藤县,吴茱萸产于湖南常德,高良姜产于广东徐闻,云木香产于云南丽江,川木香产于四川安县,乌药产于浙江台州,天竹黄产于云南红河等等。

(2) 采集

中药大多为植物性生药。植物的生长发育不同时期,药效成分各不相同,其强弱有较大差异。因此生药的采集应当在其药效成分最多的时期。一般而言,皮的采集在四五月间,这时皮含丰富的浆液且易剥离;叶的采集大多在花将开放或正盛开时,此时植物已完全长成,叶片最健壮;花的采集应在未完全开放或刚盛开时,以防花瓣脱落;全草的采集要在开花的时候;果实和种子的采集通常在完全成熟时,有的果实成熟后很快脱落,有的果实成熟时即开裂,最好在开始成熟时就采集,浆果要在清晨或傍晚采集,以免损坏;根和根茎的采集最好是秋季地上部分枯萎或早春开始生长以前。

(3) 保存

药材采集后,一般必须立即进行干燥,有晒干、阴干、风干三种方法:皮类、根类、茎类宜晒干;草类、花类、叶类、芳香类宜阴干、风干;动物类、脏器类宜人工加温烘干。其次贮藏药材的地方必须低温(<10℃)。第三是注意避光。第四贮于密闭容器中防止氧化霉变。第五是用硫磺熏法防虫蛀。

(4) 炮制

炮制也称炮炙,是药材的加工修治过程。目的有四个:消除或减低药物的毒性;改变药物的性能,缓和药性加强药效;便于制剂、服用或贮藏;清除杂质和去掉非药用部分,使药材纯净。宋代《雷公炮炙论》为中医最早的炮制专著,记有炮制 17 法。炮,将整块药材置热灰中或置火上,炮至焦黄暴烈;爁,将药材置锅中,用水加热,使之微熟;煿,将药材置火上炕干;炙,将药材和以蜂蜜或姜汁等置火上微微加热;煨,将药物置火灰中煨熟;炒,将药物置锅中炒至微黄、焦黑;煅,将药物置炭火中烧令通红;炼,将药物久置火中烧炼或烧红后迅速投入水或醋中,再烧再淬反复多次;制,加酒、醋、姜汁、盐水等同煮;度,药材的度量;飞,将药材置水中研细;伏,将药材用水浸润,置密闭容器中经一定

时间;镑,药材坚硬镑成薄片或粉末;搬,将药材捣碎;暾,将药材置日光下曝晒;曝,将药材置日光下曝干;露,将药材露置户外,经日晒夜露或将药材用蒸汽蒸馏,馏出露水。

近代炮制计有水制、火制、水火制三法。水制者使药材清洁柔软,便于加工切片或减低毒性(分洗、漂、泡、渍、水飞等);火制者把药材直接或间接置火上,达到干燥、松脆、焦黄或炭化的目的(分煅、炮、煨、炒、炙、焙、烘);水火合制包括蒸、煮、淬三法。

炮制时还加用辅料以适应不同治疗的需要。诚如明代陈嘉谟所著《本草蒙荃》所载:“酒制升提,姜制发散,入盐走肾而软坚,用醋注肝而住痛,童便制除劣性而下降,米泔制去燥性而和中,乳制润枯生血,蜜制甘缓益元,土制借土气以补中焦,麦麸皮制抑酷性勿伤上膈,乌豆汤、甘草汤渍曝,并解毒致令和平,羊酥油、猪脂油涂烧,咸渗骨容易脆断。”

(5) 制剂

药材的应用并发挥药效就要制成一定的剂型。传统的剂型系有荡涤脏腑、开通经脉的汤剂,疏散壅结的散剂,缓消癥积或缓补元气的丸剂,温行血脉的酒剂,滋养的膏剂或外除疮疡的软膏剂或生肌止痛提脓化腐的贴膏剂,以及丸散中药性峻烈而用量小的供外撒的丹剂。特别是剧毒药不能入汤剂、酒剂用,以防容易吸收,增加毒性,宜作丸剂或外敷用。从吸收角度看,散剂快于丸剂,汤剂又快于散剂。近代的制剂则有质的飞跃,创组了吸收快、吸收全、明显提高药效的各种新制剂,如口服液、胶囊剂、滴丸、含片、颗粒剂、喷雾剂、微粒剂、注射液等等。

(6) 四气

四气又称**四性,即寒热温凉四种药性**。温次于热,凉次于寒。寒凉药多具有清热、泻火、解毒的作用,常用于阳证、热证;温热药多具有温阳、散寒、救逆的作用,常用于阴证、寒证。此外还有平性药,指性质比较和平的药物,也包括微寒、微温之品,主要区别药性的强弱,仍属四气范围。

(7) 五味

五味指药物的**辛、甘、酸、苦、咸**。此外还有淡味并附于甘。辛甘淡属阳,酸苦咸属阴。辛能散、行、润,多用于表证、气血阻滞或肾燥证;甘能补、和、缓,多用于虚证或缓和拘急疼痛;淡能渗、利,多用于湿邪水气证;酸能收、涩,多用于虚汗、泄泻;苦能泄、燥、坚,多用于热证、湿证或气逆、便秘、痿软;咸能下、软坚,多用于便结、痞块、结核。

药性和药味必须互相结合,不可孤立起来,而且跟药材的归经也密切相关。如同样是寒性药,因味不同则有苦寒、辛寒之别,药效也不同;同样是甘味药,因性不同而有甘温、甘寒之异,药效更不同。

(8) 升降浮沉

药性有升降浮沉。升浮的药,主上行而向外,有升阳发表、散寒的作用;沉降的药,

主下行而向内，有潜阳、降逆、收敛、清热、渗湿、泻下等作用。其与药材的气味和质地轻重有密切关系。凡味属辛、甘，性属温热的阳性药，大多能升浮；味属苦、酸、咸，性属寒凉的阴性药，大多是沉降。花叶及质轻的药材，大都能升浮，子实及质重的药材大都沉降。

(9) 归经

在脏腑经络的理论基础上，根据药材的气、味、色、嗅与相对应的五脏关系，归入某经以展示药材对机体各部分的特殊作用。**归经是展示药效的一个方面，但不可拘泥**，而且脏腑经络的病变可以相互影响，因此临床用药不可能单纯使用某一归经的药物。

(10) 毒性

古代把药材的偏性皆称之为"毒"，正如明代医家张介宾所言："药以治病，因毒为能，所谓毒药，是以气味之有偏也。"**近代所标注的"大毒"、"小毒"，则指其有一定的毒性或副作用**，提醒医者用药时的注意。

(11) 配伍

配伍就是药物的组合。《神农本草经》将各种药物间的组合总结为药物的"七情"：相须（凡两种以上性能功用相类似的药物同用，可以增强原有的功用）；相使（以一药为主，余药为辅，来提高主药的功效）；相反（少数药物合用时，相互作用而产生剧烈作用或毒者，比如"十八反"：甘草反甘遂、大戟、芫花、海藻。乌头反贝母、瓜蒌、半夏、白蔹、白及。藜芦反人参、沙参、丹参、玄参、苦参、细辛、芍药）；相杀（一药牵制另一药物，从而减低或消除其毒性或其他有害作用，前者制伏了后者称相杀，后者受制于前者称相畏）；相畏（除前述外，有些药物不可合用，如十九畏：硫磺畏朴硝，水银畏砒霜，狼毒畏密陀僧，巴豆畏牵牛，丁香畏郁金，牙硝畏三棱，川乌、草乌畏犀角，人参畏五灵脂，官桂畏赤石脂）；相恶（一种药物牵制另一种药物，使其减低甚至丧失了原有的功用）；单行（不经配伍的单用药物）。

药物按照"君、臣、佐、使"的规律配伍便成方剂。

(12) 禁忌

禁忌分妊娠禁忌和服药禁忌。妊娠用药分禁用和慎用两类。毒性较强、药性猛烈的药物要绝对禁用，而通经祛瘀、行气破滞、辛热滑利的药物则要慎用，如桃仁、红花、枳实、大黄、附片、干姜、肉桂、半夏等。慎用药如没有特殊必需时也应避用，以防发生意外。

中医强调服药"忌口"。如甘草、黄连、桔梗、乌梅忌猪肉；薄荷忌鳖肉；茯苓忌醋等。服药期间还应忌生冷、黏腻、腥味等食物，以免影响药效。

综上所述，本草学的这些内涵，临床时必须掌握并加以灵活应用。这是中医论治学的基础，不能遣药，哪能处方，故本草学是基石。

从临床实际出发，本草学的众多内涵又当实用化，遣药时方能用活用准，并直接影响着药效的充分发挥。其实用化应当抓住三条：

1）打破性味、归经、功能主治的旧框框，结合现代的药理新知，**掌握每味中药的应用特性**。如麻黄的特性为发汗力大，是风寒表实证的主药，水炙麻黄利水，退头面部水肿，蜜炙麻黄缓解支气管痉挛，减少其分泌物而止咳平喘。麻黄的副作用是升高血压、减弱心肌收缩力，高血压及心脏病患者慎用。这种特性的掌握在临证应用时就十分便捷，针对性强而且一目了然。

2）**掌握有些中药的特殊炮制、煎法及特殊用量**，以防减低药效或产生副作用。比如茵陈、钩藤、薄荷、青蒿等药的有效组分是挥发油，务必要后下，以免减效；侧柏叶不能炒炭，否则丧失止血功用；远志、杷叶必须炙用，否则有致吐、碍咽的副作用；南星、法半夏、附片必须炮制，否则会产生毒性；细辛有毒，用量不可过钱（3g）；杜仲炒炭仅仅止血、止泻，补肾作用大减；独参汤救逆必须用200g以上；车前草清热利湿需用30g；一味丹参功同四物，宜投30g；生苡仁抗癌须用120g等等。

3）**注意药味间的相互作用**。①**同类药配伍，相互协同，增强药效**。党参配黄芪补气，附片配肉桂温肾固阳，沙参配麦冬润肺生津，龙骨配牡蛎止汗固精（煅）、祛痰化浊（生），升麻配柴胡提升中气、引药上行，昆布配海藻软坚化痰，乳香配没药理气散瘀止痛，银花配连翘清热解毒解表，旋复花配生赭石降逆止呕，羌活配独活祛风除湿止痛，青皮配陈皮理气和胃，桑叶配菊花清热祛风止咳，公英配地丁清热解毒，焦三仙消食导滞。②**两类药配伍，各取所长，以增药效**。苍术配厚朴燥湿除胀，半夏配陈皮祛痰畅中，竹茹配枳壳清痰止呕，黄柏配知母滋阴降火，杏仁配贝母化痰定喘，人参配附片回阳救逆。③**两类药配伍，相反相成，取得新药效**。桂枝配白芍调和营卫，川楝配元胡理气止痛，香附配良姜温胃止痛，栀子配丹皮清肝凉血，瓜蒌配薤白宽胸除痹，白术配枳壳健脾消胀，黄连配肉桂交通心肾，黄连配吴茱萸泻肝制酸，黄连配木香清热利湿止痢，黄柏配苍术清热利湿，枸杞子配菊花养肝明目，黄芪配当归补气养血，黄芪配防己补气退肿，当归配白芍柔肝和血，青蒿配鳖甲滋阴退热。

54. 为“十八反”、“十九畏”正名

《神农本草经》云：“凡此七情（指单行、相须、相使、相畏、相恶、相反、相杀），合和视之，当用相须相使者良，勿用相恶相反者。若有毒宜制，可用相畏相杀者，不尔，勿合用也。”《本草纲目》进一步注明：“相反者，两不相合”，“相畏者，受彼之制也”。相反和相畏都是药物的配伍禁忌。相反者，两药合用，可能产生毒性或副作用；相畏者，两药合用，互相抑制，可产生两种反应：一是药物的毒性被降低，二是药物的功效被减弱。历代医家对相反、相畏和相恶的认识并不一致，直至金元时期方概括为“十八反”和“十九畏”。明代李时珍的《本草纲目》把藜芦反参增入元参一味，遂变成“十九反”。具体的“十八反”和“十九畏”在上节中已经论及，这里不再重提。

“十八反”和“十九畏”不可一成不变，一概而论，更不应该视若“洪兽”。历代不少医家在配伍组方中动用“十八反”和“十九畏”者不乏其例：《外科正宗》的“海藻玉壶汤”和《兰室秘藏》的“散肿溃坚汤”均合用甘草和海藻之反来清肝解毒、软坚散结而消瘰疬瘿瘤。李时珍在《本草纲目》中曾做出评价：“海藻、甘草两用之，盖以坚积之病，非平和之药所能取效，必合反夺以成其功也。”陈士铎在《本草新论》中也用海藻甘草合用之例：“予游燕赵，遇中表之子，谈及伊母生瘿，求于予，予用海藻三钱、茯苓三钱、半夏一钱、白术五钱、甘草一钱、陈皮五分、白芥子三钱、桔梗一钱，水煎服，四剂其瘿减半，再服四剂而瘿尽消。”十八反中甘草反甘遂，古人并列用之而奏效者也不乏其例。如《金匮要略》甘遂半夏汤，甘草甘遂并用，治留饮。《医便》“治小便不通，诸药不效，闷乱欲死者，甘遂五钱为细末，用凉水调如膏，敷脐下丹田穴。再以甘草节五钱煎汤，垂服汁至脐下，即通矣。此急救之良诀也。”《仁术便览》“治耳暴聋，甘遂末吹左耳，甘草末吹右耳，应效。或用甘遂末锦裹，插耳内，口中咀甘草亦好。”《直指方》“治小瘤，先用甘草煎膏，笔蘸妆瘤旁四周，干而复妆，凡三次，后以大戟、芫花、甘遂上等分为末，米醋调。别笔妆敷其中，不得近着甘草处。次日缩小。又以甘草膏妆小晕三次。中间仍用大戟、芫花、甘遂如前，自然焦缩。”乌头反白蔹，《普济方》治痈肿，取白蔹、乌头（炮）、黄芩各等分为末，捣末筛，和鸡子白敷上。《千金要方》“白蔹散”治风痹肿，筋急辗转易常处，白及半两，附子六铢，上二味治下筛，酒服半刀圭，日三，不知，增至一刀圭，身中热行为候，十日便宽。”乌头反白及，《外台秘要》引《广济方》治“妇人子脏挺出数痛”，用乌头（炮）、白芨各四分，上二味捣散，取方寸匕，以锦裹纳阴中，令入三寸，腹内热即止。日一度著，明晨乃须更著，以止为度。”

在十九畏中也有并用之例。如十香返魂丹又名十香返生丹，系《春脚集》之方，治七情气郁而致的神昏厥逆，牙关紧闭，痰涎壅盛，语言狂乱，哭笑失常。组方中就有丁香和郁金同用。再如《卫生鸿宝》的大活络丸，又名大神效活络丹，专治中风痰厥而致的瘫痪，足痿痹痛，筋脉拘急，腰腿疼痛，以及跌仆损伤，行走不便。其中就有乌头与犀角同用。现代对十八反和十九畏也做过一些实验研究工作。如中药十八反研究协作组1984年曾在《云南中医学院学报》上报道瓜蒌与黑附片、炙川乌、炙草乌配伍后，毒性反应均重于相应的单味煎剂组。有的报道：甘草、甘遂合用时，毒性的大小主要取决于甘草的用量比例，甘草的剂量若相等或大于甘遂，则毒性较大。细辛配藜芦则可导致实验动物中毒死亡，而贝母和半夏分别配乌头则未见明显的增强毒性。

本人在临证中，遇到胸腹水时，常以甘遂：蛐蛐（或蝼蛄）：生甘草＝2∶2∶1研末醋调，晚敷膻中、神阙、双侧涌泉穴，次晨取下，一般敷5～7天，可以明显的退胸腹水而未见明显的毒副反应。

十八反和十九畏不可一概而论。其中有明显毒性的药物，如水银、砒霜、狼毒、密陀僧、巴豆、牵牛、乌头、大戟、芫花、甘遂、细辛等应当十分慎用，不必冒险，至少避免内服，酌情外用。而有些无毒之品则可临证试用，以观其效或其弊。总之其机理或效应还应作深入的观察和研究，既不可盲用，也不必禁用，当实事求是，谨慎观察。

55. 保健中药细说

由于对亚健康状态的重视和提高生活质量、生存质量的需求,21世纪开始第四医学(即保健养生医学)已经悄然兴起。中医药从理论到实践,在保健养生医学的领域内富有优势,闪烁特色。许多中药具有抗老防衰、养生保健的作用。历代医家也从中药里创建不少行之有效的延年益寿方药。但是保健中药决不可视作万能之品,而疏忽自身的锻炼和摄养。服用中药保健品只能作为一种辅助的养生之道,而且应遵循五个原则:**"补不盲目"**。见虚方能进补,体健不虚者贸然进补,容易造成体内气血阴阳的平衡失调,反而有害无益。**"补勿过偏"**。中药补虚强调辨证,分清气血阴阳之虚,方可有针对性地施补,而且宜恰到好处,过偏也能成害。**"盛者宜泻"**。随着生活水准的提高,不少人常常脂醇充盈,痰湿皆重,形体肥胖,无虚反实,故泻实之法也应列作抗衰保健的养生之道,不能重补而轻泻。**"泻不伤正"**。攻泻之法更应注重恰当运用,太过者势必伤正,故选药要贴切安全,药量应恰当适度,不可急于求成,一泻了之,盲目追求速效。**"用药缓图"**。保健中药决非一朝一夕便可奏效之事,应当日积月累,缓图收功。

现将常用而有效的保健中药分类简介如下:

(1) 补气类

1) 人参:有明显的抗衰保健作用。可以切薄片,每天噙化,或1味煎汤频饮,每天总量不超过3g。如气虚而又有火热的表现,那么可以改服西洋参,则更为适宜。

2) 黄芪:有增强人体的抵抗力和免疫功能,又可调整血压,有性激素作用,而且能固表。以100g炖鸡喝汤。

3) 茯苓:富含多糖类,有明显增强免疫和抗癌作用,又能养神宁心,利湿退肿。清代宫廷制成茯苓饼,列作滋补佳品,也可磨成细粉,每天15g,煮粥常服。

4) 山药:含淀粉酶和氨基酸,健脾补肺,固精降糖,尤其适合糖尿病和肾病。每天60g,煮粥常服。

5) 薏仁米:补肺利尿,抗癌解毒,每天90g,煮饭煮粥服用。

(2) 养血类

1) 熟地黄:强心利尿,乌发降糖,为养血生精的佳品。以500g煎汁去渣,兑白蜜适量熬炼成膏,每次服2汤匙,每天2次。

2) 何首乌:养精血,强筋骨而且乌发,涩精,强心降脂,软化血管,为保健珍品。磨细粉,每天30g,蜂蜜兑服。

3) 龙眼肉:养血安神,益智聪明。每天15g,加红枣10g、大米60g煮粥食用。

4) 阿胶:含有多种氨基酸和钙质,有生血止血作用,为补血佳品。每天烊化服6g。

5) 紫河车:含球蛋白、干扰素和性激素。烘干研细粉,装入胶囊,吞服,每天10g。

(3) 滋阴类

1) 枸杞子:滋肾补肺,平肝明目,防治脂肪肝,促进肝细胞再生,对血虚肾亏者最适合。每天 30g,煮粥食用,或泡饮。

2) 玉竹:降糖强心,除烦止渴,阴虚内热最适合。每天 15g,煎水代饮。

3) 黄精:降压消脂,既可健脾补气,又能滋阴润肺。每天 30g,煎水代饮。

4) 桑椹:滋阴降压,乌发明目,阴虚眼花者最适合。500g 煎水去渣,兑蜂蜜适量熬膏。每次 2 汤匙,每天 2 次服用。

(4) 壮阳类

1) 鹿茸:壮阳生精,强筋壮骨,有类性激素作用,为良好的全身性强壮品。研细末装胶囊,每天服 1g。

2) 菟丝子:既壮阳又滋阴,温而不燥,补而不滞。取 250g 泡酒,每天饮半两至 1 两。

3) 肉苁蓉:壮阳温补,强心降压,又能通便,阳虚便燥者最适宜。每天 100g 加羊肉煮食。

4) 杜仲:补肾降压,强筋壮骨。每天 15g,煎水代饮。

(5) 攻泻类

1) 大黄:清热通便,解毒减肥,每天 15g,合菊花泡饮。

2) 草决明:清肝明目,通便减肥。每天 30g,泡饮。

3) 桃仁:活血化瘀,润肠通便。每天 15g,加米煮粥食用。

20 世纪 80 年代起,国内外对保健中药开展了现代药理研究。收集 400 多种保健中药的药理作用。现择作用明显者,概要分类如下:

1) 调节人体免疫功能:海藻、大蒜、猪苓、黄精、黄柏、枸杞子、百合、香菇、大黄、冬虫夏草、茶叶、黑木耳。

2) 提高细胞传代能力(生命延续的主要标志):人参、西洋参、黄芪、何首乌、银耳、玉竹、黄精、菟丝子、肉苁蓉、珍珠粉、乌骨鸡、蚂蚁、牛乳、蜂蜜、蜂王浆、胎盘、罗布麻、茶叶、麦饭石、灵芝。

3) 有降脂作用:何首乌、女贞子、金樱子、核桃、酸奶、大蒜、洋葱、黑木耳、银耳、茶叶、山楂、泽泻、香附、蒲黄。

4) 有性激素作用:枸杞子、冬虫夏草、仙茅、仙灵脾、菟丝子、五味子、覆盆子、百合、香附、黑大豆、大黄、海马、蛇床子、蜂乳。

5) 含锌:人参、白术、黄连、诃子、山药、牡蛎、羚羊角粉、牛黄。

6) 含铜:当归、肉桂、大黄、白术、山药。

7) 含硒:黄芪、人乳。

8）含铁：鹿茸、地黄、细辛、人参、柴胡。

9）含锶：人参、当归。

延年保健名方八则：

1）人参固本丸。出于《养生必用方》，补气滋阴，用于气阴两虚，气短乏力，五心烦热，头晕腰痠。

2）八珍糕。出于《外科正宗》，健脾补气，养胃和中，用于脾虚纳少便溏。

3）延寿丹。出于《丹溪心法》，壮阳滋阴，用于腰痠乏力，阳痿尿频。

4）全鹿丸。出于《景岳全书》，滋补强壮，固精益气，用于耳鸣头晕，腰膝无力，怕冷阳痿，尿频遗精。

5）龟龄集。出于《集验良方》，壮阳补气，用于阳痿遗精，腰痠腿软，神疲乏力。

6）河车大造丸。出于《红炉点雪》，补肾滋阴，乌发明目，用于阴虚内热。

保健中药再配针灸按摩，则收效更佳。人体常用的保健穴位有5个：

1）足三里：膝眼下三寸。全身强壮要穴，明显提高免疫功能和抗病能力，又可健脾胃助消化。

2）三阴交：踝上三寸。对人体生殖系统保健有重要作用。

3）曲池：曲肘横纹尽头。调整血压，防止视力衰退。

4）关元：脐下三寸。壮阳。

5）气海：脐下一寸半。补气。

以上5穴可以点穴按摩，也可艾灸。

美容方二张：

1）用绿豆、百合各10g，滑石、白附子、白芷、白檀香各30g，研细末兑入盆汤中沐浴，可使肌肤白润细腻富有弹性。

2）取桃花、荷花、芙蓉花适量，煎汤频洗面部，可润肤除皱。

美发作用的中药有：

胡麻、油菜子、石榴花、椰子果、猕猴桃、槐实、桑椹、黑大豆、何首乌、黄精、枸杞子、地黄、白芷。

56．“药食同源”试说

大多数的中药系植物和食物同出一源，不少食物同样具有药效，称之为功能性食品。俗话说“药补不如食补”，是药食同源的最佳写真。经近代各项研究表明，下列食品均有药效功能，可以择类选用：

1）富含抗衰老成分：芝麻、桑椹、枸杞子、龙眼、核桃、蜂蜜、蜂王浆、香菇、山药、木耳、甲鱼、人乳、牛奶、海参、莲藕、冬瓜、苦瓜、黄瓜、豆制品、豆浆、南瓜子、樱桃。

2）含钙高：乳类及乳制品、大豆及豆制品、芹菜、山楂、香菜、虾皮、紫菜、骨头、虾类。

3）降脂：生姜、甲鱼、海藻、豆荚、蘑菇、黄豆、大蒜、洋葱、山楂、蜜橘、牛奶、大麦、葵瓜子。

4）降压：菠菜、芹菜、甜菊、苹果、香蕉、西瓜子、绿豆、青萝卜、荸荠、海蜇头。

5）软化血管：木耳、蜂蜜、红枣、茄子、白薯、玉米。

6）防癌：卷心菜、菜花、肝、蛋黄、胡萝卜、杏、白薯、菠菜、香菇、鲜蘑、绿豆、大蒜、银耳、猪血、鹅血、红枣、韭菜、莴笋、白萝卜、黄瓜。

功能食品中还有"十佳"之称：

1）最佳健脑：毛豆、花生、啤酒、米饭、鸡蛋、发酵大豆，因其富含磷脂酰胆碱而健脑。

2）最佳抗癌：大豆，其含异黄酮，可阻止癌灶血管形成，缺乏血供而坏死。

3）最佳防心病：鱼肉(肥一点)，其含不饱和脂肪酸对防治心脏病有利，平均每天吃30g，心脏病发病率下降一半。

4）最佳防中风：土豆，其含钾盐，每周吃5～6个土豆，中风发病率下降40%。

5）最佳抗衰老：胡萝卜，其含胡萝卜素可消除氧自由基，每天服熟胡萝卜150g。

6）最佳防贫血：动物血，100g血含铁44mg，相当于肝的1倍，肉的20多倍，每天食50g。

7）最佳断奶：发芽米面(谷、麦温水浸2～3次，发芽后晾干磨粉)。

8）最佳抗菌：大蒜，尤其紫皮大蒜生食。

9）最佳解暑：茶叶，茶碱可以扩张血管而散热。

10）最佳零食：梅干、葡萄干，富含维生素、微量元素和矿物质。

最后录"食养歌"一首，供择食参考。

生梨润肺化痰好，苹果止泄养心脏，黄瓜减肥防衰老，抑癌C高猕猴桃，
番茄补血养容颜，莲藕除烦戒酒妙，茄子祛风通脉络，韭菜壮阳暖腰膝，
萝卜化痰消胀气，芹菜补钙降血压，白菜利尿排毒素，菜花常吃癌症少，
冬瓜美容又消肿，绿豆解毒又除皱，木耳软管又抗癌，香菇降酶消癌瘤，
海带含碘散瘀结，薏米降脂抑癌瘤，胡椒驱寒兼除湿，葱辣姜汤治感冒，
鱼虾猪蹄补乳汁，猪牛羊肝明目好，益肾增智食核桃，健胃补血吃红枣。

57. 应当掌握中药现代药理学

中药现代药理学研究是对中药学的重大补充，一则使中药的传统功效得到科学的证实，可以知其发挥药效的所以然，使中药的功效针对性更强。**二则可以扩充中药的功**

效，发挥新的药效作用，对传统中药有百利而无一害，应当毫不犹豫地全面地掌握中药的现代药理学。比如桂枝的温通经脉、止痛作用，主要是其含的桂皮油，具有促进血液循环、解痉和镇痛作用，故桂枝治疗风寒性关节炎、血虚闭经、痛经和阳虚痰饮、水肿有效。另外，桂枝所含的桂皮醛又有抗菌作用，对金葡菌、痢疾杆菌和沙门氏菌均有效，故在寒性感染或腹泻痢疾时用桂枝也有效，这就扩充了桂枝的功效。又如黄连的清热泻火、燥湿解毒作用主要在于其抗菌（痢疾杆菌、大肠杆菌、金葡球菌、溶血性链球菌、肺炎链球菌），以及其抗病毒、抗结核、抗阿米巴原虫和抗阴道滴虫的作用，故在针对各类细菌病毒或结核、原虫感染而选用，发挥黄连的功效。再如黄芪，除传统的补气升阳、固表止汗功效外，现代药理学发现黄芪有强心、降压、保护肝糖元的功效而治心衰、高血压、冠心病、糖尿病、肝炎有效，其有利尿退肿功效而治肾炎、心源性水肿、门静脉性肝硬化腹水有效，其有抗菌作用（金葡菌、溶血性链球菌）而知其传统的托疮解毒生肌作用的机理所在。

有关百味中药的现代药理学，在"方药篇"中结合其妙用会具体论及。总之，对中药的现代药理学不必"视若洪兽"，也不必争论"姓中姓西"，拿来应用就是，对中医、西医都会收益多多。

58."用药如用兵"安全第一

中药的药源绝大部分为植物，少部分是矿物和动物。正是基于中药药源的"天然性"以及宣传上的误导，造成一些患者乃至医生只看到中药的正作用即功效性的一面，而忽视其副作用即危害性的一面。事实上中药及其制剂的不良反应发生率所占的比重并不小。根据 1998 年前的 15 年中不完全统计，中药发生不良反应的有 90 余种，占整个 700 种药品不良反应的 12.9%；中药制剂发生不良反应的有 100 余种，占 14.3%。中药发生不良反应共 260 多例，占整个 17 000 个不良反应病例的 1.5%；因中药制剂发生不良反应的共 700 多例，占 4.2%。其实关于中药的毒副作用，古人早有认识。《神农本草经》将中药分为上、中、下三品，所谓"上品无毒，多服久服不伤人；下品多毒，不可久服。"《素问·五常政大论》也谈到："大毒治病十去其六，常毒治病十去其七，小毒治病十去其八，无毒治病十去其九，谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也。"

分析造成中药副作用的原因有七条：

(1) 药材本身的毒性

有毒中药计有近百味，临床常用者约 50 味。以其主要化学成分划类：生物碱（附子、川乌、草乌、洋金花、马钱子、天仙子、龙葵、山豆根、雷公藤、长春花、喜树、巴豆、芫花、天南星、半夏、白附子、大戟），氰苷（苦杏仁、白果、肿节风），皂苷（商陆、木通、黄药子），强心苷（万年青根、夹竹桃、北五加、罗布麻），蒽醌（芦荟、虎杖），毒蛋白（苍耳子、天花粉、蓖麻子），挥发油（细辛），动物毒蛋白（水蛭、虻虫、蛰虫、全蝎、蜈蚣、蟾蜍、露蜂房、

斑蝥、白花蛇），矿物含砷（砒霜、雄黄），含汞（轻粉、朱砂），含铅（铅丹、密陀僧），含铜（铜绿、胆矾）。对这些有毒中药，使用时正是基于它们的毒性作为药效的正作用而获疗效。但由于用法、用量的不当，常常导致不良反应，而使其“正作用”转化为“副作用”，甚至是“负作用”。

（2）品种有误或炮制不当

如柴胡有大叶、小叶之分，大叶柴胡有毒。木通也一样，关木通有大毒而川木通则无毒。另外如果炮制不当也会屡见不良反应。例如南星、半夏、附子的炮制就相当讲究：生南星要用凉水浸漂，每天换水 3 次，起白沫时，以每 5kg 加白矾 0.1kg，浸泡 1 天后，继续换水，直至切开口尝仅微有麻辣为度，捞出与鲜姜片及白矾粉层层均匀铺入容器中，加水淹没，经 4 周，倒入锅内煮至内无白心，取出加入羊牛猪胆汁比例 1:4，拌匀，蒸 1 小时至透，取出放凉，切成小块，晒干。清半夏 100kg，白矾 20kg 加水浸泡至内无干心，口尝有微麻舌感取出，清水洗净，切厚片干燥。法半夏用清水浸泡至内无干心，去水加甘草、石灰水浸泡，每天搅拌 2 次，并保持 pH12 以上，至口尝微有麻舌感，切面黄色均匀为度，洗净烘干。姜半夏用清水浸泡起泡沫时加白矾适量，泡至内无干心，取生姜切片煎汤同半夏共煮透，切片干燥。盐附子，浸入盐卤和食盐混合液中，每天取出晒凉，并逐渐延长晒凉时间，直至附子表面见大量结晶盐粒，体质变硬为止。淡附片取盐附子用清水浸漂，每天换水 3 次，至盐分漂净，加甘草、黑豆同煮透，至切开后口尝无麻辣感为度，取出刮去皮切两半，加水煮 2 小时取出晒凉，反复闷润数次，润透后切片晒干。炮附子取盐附子洗净，清水浸泡一夜，除去皮脐，切片，加水泡至口尝稍有麻辣感为度，再用姜汤浸 3 天，然后蒸熟，焙至七成干，倒入锅内武火急炒至烟起，微鼓裂为度，取出放凉。

（3）制剂粗烂

中药制剂多种多样，不良反应也变得五花八门，一些企业急着“赶时髦”匆忙上阵，不顾质量，“手忙脚乱”之中不良反应必然丛生，仅 1998 年第三季度某种粉针剂的不良反应报告就达 388 例。

（4）煎法失控

在中药治病机理的指导下煎法与中药的疗效息息相关。如果煎法失当，轻者降低疗效，重者则有不良反应。如附子必须先煎半小时以上；**雄黄、朱砂不能加热，必须冲服。**

（5）配伍失策

配伍失策酿成的错误已是老生常谈，特别是中药加西药引发的不良反应十分多见，**西药加在中药中常常是“从中作梗”，不值得提倡。**

（6）用量盲目

1997～1998年因服牛黄解毒片、牛黄清心片过量而引发休克昏迷的就有18例之多。南方也有因大量使用风油精而造成嗜睡不醒的例子。

（7）外界污染

不少药农为追求一时的经济效益而大量使用化肥，**农药残留也是中药不良反应的一个罪魁**。

要十分警惕中药的不良反应，对中药的不良反应应当反思。“用药如用兵”，要十分强调安全第一。

59. 方剂学的关键是组方特点

方剂也称汤头，是中医运用四诊八纲在辨证立法之后，精选药物，酌定剂量，按照配方原则配伍组成的处方，是中医论治的主要形式。中医的配方原则就是“君臣佐使”四个组成。“君”是配方中的主药，针对主要病证，解决主要病因，起主要治疗作用的药物，可以1～2味，主药的用量可以大些，但并非最大量者就是主药。**“臣”**即辅助用药，有两个作用，一是协助主药发挥更大的药效，一是治疗主要病证之外的其他病证。**“佐”**即矫正药，也有两个作用，一是协调某些药物的偏性，使药性趋于平和，二是消除或缓解方中某些药物的毒性、烈性或副作用。**“使”**即引经药，以引导诸药直达病所，发挥药效。这四个配方原则决不能机械刻板或必须全部具备。中医配方首先要辨证精确，然后在这四个原则的指导下，抓住主要矛盾，针对性强地精简选药，巧妙配伍，严谨酌量方能提高疗效。

另外配方经常因年龄大小、体质强弱、气候变化等差异而有三个灵活变化：

1）主药配伍的变化。由于主药的变化，使主治的病证也改变了。如主治外感风寒主药麻黄，如配桂枝则药力加大，配杏仁就转成治风寒咳喘，配生石膏又转成治寒邪化热的咳喘了。

2）药物加减的变化。配方中主药不变，因兼证上的不同而加减变化辅助药，如治疗血证和妇科病的四物汤，着重补血则少用或不用川芎，而在祛瘀时则加大川芎用量并改为归尾和赤芍。如瘀血更甚则加桃仁、红花，兼气虚可加参类、生芪、白术，兼虚寒可加肉桂、炮姜，兼有虚热又可加黄芩、青蒿，用于止血时又可去川芎加阿胶、艾炭、藕节、仙鹤草。

3）药物用量的变化。配方中的药物组成不变，但剂量改变可以治疗不同的病证。如急腹症常用的承气汤，由大黄、枳实、川朴三味组成。大黄量大，枳朴量小时就泻热攻积为主，解除便秘、烦热的病证；枳朴量大，大黄量小时就行气通积为主，解除气滞疼痛的病证。

配方中六个注意点：

1）**注意十八反和十九畏**，虽然古今均有特意用此反和畏来组方遣药并取得独特疗效者，但为避免事故瓜葛，安全起见，从临床常用实用出发，一般应注意下列四个配伍禁忌，即乌头（附子）反贝母、半夏、白及、瓜蒌；海藻反甘草；人参畏五灵脂；肉桂畏赤石脂。

2）**强调用药禁忌**。妊娠要禁用活血、通经、祛瘀、破气、辛热的药物如桃红、虫类药、大黄、枳实、附桂、干姜等。还要注意每类药物的证候禁忌，补药要防止滋腻碍胃，对脾胃湿盛、邪实者要禁用。

3）**"忌口"**。如寒证服药要忌生冷，热证服药要忌辛辣油腻，疮疡皮肤病服药要忌鱼虾腥物、刺激发物，湿热证服药忌酒、油腻、辛辣，服补气药忌萝卜，癫痫等风痰病忌雄鸡、蘑菇发物。

4）**重视反佐和引经**。如用桂附补肾阳时怕辛热太过可佐入肾经的寒药黄柏；补中益气汤中治气虚的大量药中加当归这个血分药，以便阴生方能阳长；理气的四逆散中加一味郁金调血以便血行气行。至于引经药，有两个概念：①分部引经。上行者用桔梗、升麻、柴胡、蝉衣、菖蒲、桑枝、姜黄、葛根；下降者用川牛膝、桑寄生、木瓜、独活、车前草。②分脏引经。入心者用黄连、枣仁、琥珀、朱砂、远志；入肝者用薄荷、川楝子、柴胡、桔梗；入脾者用山药、干姜、半夏、砂仁、知母；入肺者用桔梗、百合、沙参、橘红；入肾者用肉桂、黄柏、牛膝、鹿角霜。

5）**注意先煎、后下等特殊用法**。如用钩藤降压、茵陈除湿要后下；生石膏清热要先煎；五味子降转氨酶要研末吞服。

6）**熟悉习惯给药**。给炒的有山楂、麦芽、苏子、杏仁、枣仁、苡仁；给制的有苍术、附子、远志、半夏；给蜜炙的有黄芪、桑白皮；给醋制的有元胡、香附、五味子、青皮、乳没；给煅的有龙骨、牡蛎；给炭的有艾叶、地榆、侧柏、杜仲。

综上所述，可见对**方剂学决不能一成不变，特别不能以"汤头歌诀"死记硬背，否则临床会失于加减变化而降低疗效**。余以为方剂学只是一种组方配伍的样板，关键要掌握古今方剂的组方特点，再结合临床实际，灵活应用，巧妙配伍方能明显奏效。比如李东垣《脾胃论》的"补中益气汤"有五个组方特点：①健脾补气，用参、芪、术；②小量升提，用升麻、柴胡；③补气补血，阴升阳长用当归；④补而不滞，用陈皮；⑤升提免泄利，不能用云苓、苡仁。掌握这五个组方特点，然后面对临床实际可以组成多个补中益气汤类，而且针对性更强，疗效就越高。比如临床治气虚证类的糖尿病，在健脾补气的特点中要免用党参，因为党参虽然补气，但会升高血糖；在补气补血特点中，要改用生地，因为生地降血糖的作用要比当归强；升提的特点要改用桔梗，因为桔梗除升提外还可宣肺，肺脾同治对消渴病更有效。这样补中益气的五个组方特点没有丢，而临床更适合糖尿病，疗效自然比原方更高了。再如《备急千金要方》中的苇茎汤，4 味药四个组方特点：芦根的清肺，冬瓜仁的除痰，苡仁的利湿和桃仁的祛瘀，是用治肺热痰瘀的有效方剂。如果用治肺癌则可加清肺的鱼腥草，利湿的白花蛇舌草，祛瘀的丹参，疗效就会明显提高。还有吴鞠通《温病条辨》中的银翘散，是治疗风热外感的著名有效方剂，有三个组方特

点:①辛凉解表用银花、连翘、牛蒡子、薄荷,②发汗透表用荆芥、豆豉,③清热祛邪用竹叶、芦根。如果流感由病毒引起的加入清热的板蓝根和疏解的柴胡,其抗病毒的效应就会更显。凡此种种,只要掌握好50首左右的古今代表效方,也就是50个组方样板,那么临证时的汤头就会自然形成,而且疗效明显。再说一句:**不要死背汤头,要掌握组方特点!**

60. 组方时的中西医配合观

中药现代药理学的研究使中药的应用更具针对性,从而提高了疗效,但是也产生了负面作用,不少医生只顾其药理的一面而疏忽了中医的辨证论治。这些医者组方时只顾其现代药理效应,不顾其理法方药,比如有的医生不管高血压的证候分类,只是以降压的药理组方,每位高血压患者皆用钩藤、夏枯草、石决明,殊不知这3味药仅在肝阳上亢时奏效,别的证类因不对证常常没有效应。况且高血压的证类不仅仅是肝阳上亢,痰瘀、阴虚、气虚皆不少见。所以组方时还应以辨证论治为前提,然后加入与辨证不相矛盾又符合中药现代药理的中药,这种中西医配合的观点,方能确保疗效。

这里仅举3例以引证中西医配合的观点在组方中的优越性。

例1 1型糖尿病中医称之消渴病,其病机责之于阴虚燥热,一般投六味地黄汤有效。此时如伍入葛根,取其清热生津之功效,而葛根又含黄酮类,如葛根素有明显的降糖作用。葛根加在六味地黄汤中治疗消渴的阴虚燥热,在辨证上不矛盾而其现代药理的降糖效应又可增强六味地黄汤治消渴病的功效。如果糖尿病合并冠心病加入葛根就更适合,因为动物实验表明,葛根对静脉注射垂体后叶素引发的急性心肌缺血反应有明显的保护作用。

例2 原发性高血压属水不涵木者投杞菊地黄汤有效。此时加入草决明,其所含的蒽醌类有降压作用,而其功用清热、明目、通便,且入肝经,同滋水涵木的治法并不矛盾;再加海藻,苦咸寒入肝经,可清热软坚,消痰利水,同滋水涵木的治则也不矛盾,而海藻所含的褐藻素有降压作用,这样杞菊地黄加草决明、海藻对水不涵木证类的原发性高血压疗效会明显提高。

例3 流感属风热袭肺,投银翘散有效,此时加入板蓝根,其清热解毒跟银翘散的散风清热作用并不矛盾,板蓝根含蒽醌和β-固甾醇有广谱抗菌和抗病毒作用,加入银翘散中可以明显提高其抗流感病毒的作用;再加柴胡透表泄热,跟银翘散的疏散风热功效并不矛盾,但柴胡中含挥发油、皂苷以及脂肪油都可有明显的抗菌、抗病毒作用,加入银翘散中也会显著提高疗效。再加一味生芪,含多种氨基酸,起扶正作用有明显的提高机体的抗病能力,所谓的固表生肌。生芪又含β-谷甾醇有明显的抗菌抗病毒作用,效古方“参苏饮”之妙,加入银翘散,所谓的扶正祛邪,也可明显提高银翘散治流感的效应,特别对老年、虚人的流感更有显效。

现代中药药理学从临床实用出发,归纳22类:

1）抗菌：金银花、连翘、板蓝根、黄芩、黄连、黄柏、地丁、丹皮、川朴、瓜蒌、秦艽、瞿麦、乌梅、桂枝、金樱子、玄参、桔梗、苏木、侧柏叶、生芪、柴胡。

2）抗痨：百部、夏枯草、苦参、茵陈、地骨皮、黄精、玉竹、远志、紫菀、款冬、柴胡、升麻、枳壳、白及、阿胶。

3）抗杆菌（痢疾）：马齿苋、白头翁、秦皮、旱莲草、仙鹤草、青蒿、荆芥、苏叶、赤芍、苦参、地榆、侧柏、山楂、乌梅、五味子、五倍子、当归。

4）抗铜绿假单胞菌：五倍子、乌梅、公英、丹皮、白芍、老鹳草、玄参、瞿麦、大蓟、小蓟、夏枯草。

5）抗霉菌：桔梗、射干、白鲜皮、川楝子、苦参、茵陈、萹蓄、藁本、黄精、大黄、黄芩。

6）抗病毒：板蓝根、僵蚕、蝉衣、蜂房、牛蒡子、青黛、地骨皮、贯众、香薷、射干、黄精、五味子、柴胡、萆薢、苦参、生芪。

7）解热：柴胡、黄芩、桂枝、茵陈、青蒿、竹叶、葛根、薄荷、石斛、秦艽、威灵仙、地龙、丹皮、生石膏、水牛角。

8）镇静：菖蒲、郁金、五味子、云苓、当归、杜仲、枸杞子、浮小麦、川芎、胆星、稀莶草、苏木、灵芝。

9）镇痛：元胡、罂粟壳、白芍、防己、王不留行、白芷、细辛、郁金、香附、洋金花。

10）强心：北五加皮、刺五加皮、黄芪、葶苈子、木通、苦参、灵芝、首乌、五味子、附子、补骨脂、生地、女贞子、三七、桂枝、山楂、仙鹤草。

11）降压：防己、葛根、黄芩、栀子、钩藤、菊花、珍珠母、桑寄生、黄芪、党参、黄精、丹参、川芎、杜仲、牛膝、枸杞子、益母草、炒枣仁、连翘、槐米、草决明、海藻、莱菔子。

12）降脂：何首乌、草决明、大黄、泽泻、山楂、车前草、灵芝、黄精、金樱子、当归、菖蒲、郁金、三七、桑寄生、杜仲、川椒。

13）止喘（缓解支气管痉挛）：炙麻黄、地龙、白果、苏子、石韦、旋复花、鱼腥草、沉香、木香、五味子、茵陈、侧柏、川朴、丝瓜络、昆布

14）促进胆汁分泌：茵陈、郁金、金钱草、栀子、黄芩、乌梅、玉米须、马齿苋、天麻、小蓟、姜黄。

15）降转氨酶和絮状试验指标（肝功能）：水飞蓟、五味子、灵芝、丹参、当归、鸡内金、垂盆草、连翘、龙胆草、水牛角、生地、枸杞子、黄芪、泽泻、苦参、板蓝根、茵陈。

16）改善肾功能：参芪、山药、蝉衣、鳖甲、栀子、菟丝子、海藻、白花蛇舌草、丹参、王不留行、牛膝、杜仲、枳壳、肉苁蓉、坤草。

17）作用子宫：坤草、当归、川芎、香附、王不留行、苡仁、山楂、五味子、枳壳、苏梗、木香、杜仲、黄芩。

18）调整内分泌：菟丝子、金樱子、女贞子、仙灵脾、紫河车、僵蚕、蜂乳、附子、玉竹、蛇床子、川断、鹿茸、桑枝、泽兰。

19）提高免疫：人参、黄芪、紫河车、仙灵脾、桑枝、银花、川连、板蓝根、白花蛇舌草。

20）降糖：生地、人参、生芪、黄精、花粉、仙鹤草、玄参、泽泻、五倍子、云苓、知母、桑

叶、葛根。

21）升血象：黄芪、鹿茸、阿胶、石韦、鸡血藤、女贞子、枸杞子、丹参、当归、肉桂、郁金。

22）抗过敏：丹皮、乌梅、防己、丝瓜络、黄芪、石韦、夜交藤、苍术、柴胡、白蒺藜、当归、丹参、防风。

运用现代中药药理学是中药效应的明显提高和重要进步。如果在辨证论治的前提下配入组方中，既不违背辨证，又能充分发挥药效，这是一举两得的组合，应当提倡，加以推广。

61. 方剂的商品化价值

中医论治主要手段是根据辨证的理法，组方遗药，也就是所谓的“理、法、方、药”。组方称为方剂，故治病的主要形式是方剂。

古代方剂的论著又称“方书”。其重要的代表著作：较早的是晋·葛洪撰的《肘后备急方》，简称《肘后方》，系摘录自著的《玉函方》中可供急救之用的单方、验方及灸法编成。“肘后”者，随身常备之意，着眼于临时急用，且收录的方剂有简便、廉验的特点，反映了晋以前的方剂成就和民间疗法。

唐·孙思邈撰《备急千金要方》，简称《千金方》。凡 232 门，含方、论 5300 首。本书系统总结唐代以前的医学成就，取材丰富，尤其重视妇科、儿科。后又补充《千金翼方》。凡 189 门，含方、论 2900 首。

宋·王怀隐等编《太平圣惠方》，全书 100 卷，分 1670 门，载方 16 834 首，是一部临床实用的方书。方随证设，药随方施，以说明病因病机、证候与方剂药物的关系，是“理法方药”的范本。

宋·太平惠民和剂局编《太平惠民和剂局方》，是成药处方配本。共 10 卷，分 14 门，载方 788 首，每方详列主证和药物，并对炮制法、修治法均有详述，犹如第一部“成药药典”。

宋政府编撰的《圣济总录》，共 200 卷，载方近 2 万首，既有理论又有经验，临床实用。

宋·许叔微撰《类证普济本事方》，简称《本事方》。全书 10 卷，分 23 类，载方 366 首，三分之二为丸散膏酒等，汤方仅三分之一。收集多为名家效方及民间验方，方后又附个人临床体会，内容翔实，临证实用，对后世有深远影响。

宋·严用和撰《严氏济生方》，简称《济生方》。全书 8 卷，载方 240 首。每个病证先论病源、病理，次列方剂，详述适应证。议论平正、用药稳妥，可惜缺遗甚多，有的有论无方或有方无药，系散佚之故。

明·朱棣等编《普济方》，为历代最大的一部方书。除博引明以前各家方书外，还兼收其他传记、杂说以及道藏、佛书的有关资料，共 426 卷，凡 1960 论，2175 类，778 法，

239 图，载方 61 739 首。每一证下备列诸方，可以依类推求，“因而折衷参伍不至为成法所拘”，故有重要参考价值。

清·汪昂撰《医方集解》，载方 700 首，每方说明主治，介绍组方，解释方义及附方加减并参合各家学说加以阐明，内容详备，应用方便，参考价值大。另汪昂还撰“汤头歌诀”，选常用方剂 290 首，编成七言歌诀，便于习诵。

古代的方剂如此“五彩缤纷”，近代所组的有效方剂更是“与时俱增”。方剂固然重要，但在市场经济的今朝，20 世纪 80 年代《药品管理法》颁布实施后，方剂的局限性日益显露无遗。因此有效方剂要在医药市场流通，必须获得新药证书和准字号生产批文，方能收到应有的社会效益及可贵的经济效益，并在社会主义的医药市场经济中发挥造福患者的最佳效用，也就是实现方剂的商品化价值。

方剂申报新药中必须强调“三性”，也即合法性、创新性和实用性。

必须合法性。自 1985 年颁布《药品管理法》以来，药业生产、市面流通的药品必须有新药证书和生产批文。审批新药有五类：一类是新确定成分的药品；二类主要是注射剂。注射剂起效迅速，便于应用吸收，但中药注射液一是颜色较深，经脱色后药效降低，二是稳定性差，三是存有不少的毒副反应，因而自新中国成立后研制的注射液虽不少，但《药品管理法》实施后审批的中药注射剂却寥寥无几，其原因不外乎上述三条。临床实践中，中药注射剂也不一定都能速效，比如我们曾经作过观察，止心绞痛中药注射剂并不快于舌下喷雾剂，因此申报中药新药不能单挤注射剂这个“独木桥”。三类中药新药为口服途径，剂型繁多，先进的有滴丸、微丸和喷雾剂，常用的为胶囊、软胶囊和颗粒冲剂；四类是剂型改革；五类是扩大适应证。中药新药申报绝大多数报三、四、五类。每类新药申报都规定若干项资料，不在于多先进，而在于全部合格。

必须创新性。目前中成药的品种常常重复。比如治疗心病的中成药绝大部分是活血化瘀类、补气活血类和芳香温通类。治则重复，组方重复，甚至仅差一、二味药物，造成资源的极度浪费。而祛痰类、补肾类的中成药却十分稀少缺门，而目前心病的证类谱已发生重大的变化，痰浊闭塞证类明显增多，老年心病则多肾亏证类。因此申报中药时必须组方有新意，配伍有新味，剂型有新款，否则难以获准，而且缺乏临床意义。

必须实用性。所选的病种要有普遍性。比如心脑血管病、原发性高血压、糖尿病、免疫缺损症、骨质疏松症、肝炎等等。这在新的世纪里是常见病，针对这些疾病谱的新药具有明显的实用性。

方剂是中医论治的重要手段。把有效方剂加以商品化，转成准字号的中成药则更为重要，更具价值。

62.“丸药缓图”免于病情复发

较早重视病情复发而且采取相应防治措施的要数张仲景的《伤寒论》。其书设有“辨阴阳易差后劳复病脉证并治”专篇，提出“阴阳易之为病”，警告大病新瘥，应忌房事。

"大病瘥后劳复者,枳实栀子汤主之。"这里的"劳复"涵义较广,劳作不慎之通称,包括劳累、房劳及饮食不节。"伤寒差后更发热,小柴胡汤主之。""大病差后,从腰以下有水气者,牡蛎泽泻散主之。""大病差后,喜唾,久不了了,胸上有寒,当以丸药温之,宜理中丸。""伤寒解后,虚羸少气,气逆欲吐,竹叶石膏汤主之。""病人脉已解,而日暮微烦,以病新差,人强与谷,脾胃气尚弱,不能消谷,故令微烦,损谷则愈。"综上可见仲景的7条防止病差后复发的措施,如枳实栀子汤的除烦泄热,小柴胡汤解热复,牡蛎泽泻汤退腰下水肿,理中丸祛脾胃虚寒,竹叶石膏汤清虚热以及病后节制饮食的告诫,均全面而得当,实为防止病复的典范。

"丸药缓图"也是免于病情复发的重要措施。一般有三种形式:一是以获效的方剂加为5倍药量,共研细末做成水丸或装入Ⅰ号胶囊,每次3g,每天2次,连服2～3个月。二是午餐、晚餐后服加味保和丸各3g,早晚各服杞菊地黄胶囊5粒(每粒0.4g),连服2～3个月。三是重新组成胶囊方。组方原则为既要突出健脾和胃,胃气为本(中土健运,病焉复发),又要注意滋肾柔肝,肾阴充足,肝木不亢,难见复发。在这两个原则下再视具体病证酌加几味对病对证之药,共研细末,装入Ⅰ号胶囊(0.3g),早晚各服5粒,连服2～3个月,常可免于复发。

健脾药选山药、砂仁、木香、白术、云苓、扁豆。和胃药选陈皮、神曲、山楂、谷麦芽、鸡内金、莱菔子。滋肾药选女贞子、生杜仲、桑寄生、黄柏、知母、黄精。柔肝药选菊花、当归、白芍、钩藤、薄荷、何首乌。

63. 巧伍意、食、体"三疗"

心理情志有明确的致病性。在正常情况下,人体对外界事物的刺激而产生的七种不同的情感反应,称为"七情",即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。七情是人体正常的精神活动,也是内脏功能活动的一种表现。正如《素问·阴阳应象大论》所云:"人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐。"机体对外界的刺激可以产生各种自我调节的反应,以使喜而不狂,怒而无过,思而不结,惊而不恐,忧而不悲。这种情志有节,可使意和气畅,营卫调和,心肺四布,脏腑通顺,百病不生。

当遭受到超强度的、突然的或持续性的、长期的不良情志刺激,人体会气血运行失常,气机升降失调,脏腑功能紊乱导致疾病的发生发展,这称之为"七情内伤"。《素问·阴阳应象大论》云:"怒伤肝,喜伤心,思伤脾,忧伤肺,恐伤肾。"《素问·举痛论》也云:"余知百病生于气也,怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,寒则气收,炅则气泄,惊则气乱,劳则气耗,思则气结。"

七情内伤的病证主要有三类:一是心主神志,造成心悸失眠或精神恍惚,哭笑无常,治以泻心汤类;二是肝主疏泄,造成胁胀易怒,嗳气太息或咽梗经乱,治以逍遥散;三是脾主运化,造成脘胀纳呆,治以香砂六君子汤。

七情内伤必先损心,故张介宾提出:"凡情志之属,惟心所统。"、"悲哀愁忧则心动,

心动则五脏六腑皆摇"(《灵枢·口问》)。"愁忧恐惧则伤心"(《灵枢·邪气脏腑病形》)。"忧思伤心"(《灵枢·百病始生》)。"惊则心无所倚,神无所归,虑无所定"(《素问·举痛论》)。神志为病要强调心肺、心肝、心肾三个病机。肺朝百脉,主一身之气,在志为忧,"愁忧者,气闭塞不行"(《灵枢·本神》)。气为血帅,气行则血行,气虚则无力推动,气郁则阻其畅行而产生气虚血瘀及气滞血瘀的病机;肝主疏泄而喜条达,七情怫郁恼怒,每致肝郁气滞且横逆乘土,脾失健运而痰浊内生,产生气滞痰浊的病机;肾藏精,其志为恐,肝藏血,其志为怒,"恐惧不解伤精"(《灵枢·本神》)。"暴怒伤阴"(《素问·阴阳应象大论》)。肝肾阴精虚损则不能上济于心,心火妄动产生心肾不交的病机。

现举心理情志与冠心病的发生发展关系为例,以引证其致病性。众多的冠心病社会流行病学调查结果显示,虽然数据不尽一致,但其患病率同社会地位、经济状况、社会稳定性、文化教育有明显的关系已属肯定。发达国家高于发展中国家,城市高于农村,社会地位高者高于低者。战乱、不稳定的社会环境均可提高冠心病的发病机会。冠心病的发生与病前的性格更有密切的关系。自 1959 年弗里德曼和罗森曼首先提出 A 型行为是冠心病的易患行为后,多年的研究,大量的证据都已表明 A 型行为与冠心病的发生相关。有持续的进攻性、进取心、竞争性和经常紧迫感,好急躁并始终保持警觉的 A 型行为的人易患冠心病的机会同轻松自然的 B 型行为的人之比,在年轻人中为 1.87:1;在老年人中为 2.16:1,并且在 8 年的预测期内,A 型发生心绞痛或急性心肌梗死者为对照组的 2 倍。北京地区曾经调查证实:情绪紧张可诱发心绞痛和心律失常,占 18.75%,仅次于劳累及体力活动(占 41.70%)为第二位,而在发病过程中及对疗效的影响方面,情绪因素则上升到第一位。

心理刺激可以作为"扳机",促进疾病的发生或复发,其中尤以焦虑、恐惧、愤怒、绝望及兴奋为显著。可见心理情志的致病性是非常明显的。故在治疗中要配心理疗法,即精神治疗,又称"意疗"。如《辽史·方技传》云:"心有蓄热,非药所能及,当以意疗。"历代诸多名医如华佗、张仲景、张从正、朱震亨、张介宾、李中梓、徐春圃、吴师机等均善用"意疗"取效。《古今医统》曰:"以五志诱之,然后药之,取效易。""先定其心志,然后济之以药,是得治三要也。"《理瀹骈文》也指出:"情欲之感,非药能愈,心情之病,当以情治。"《医方考》更曰:"情志过极,非药可治,须以性胜,内经一言,百代宗之,是无形之药也。"《医原》概括得更妙:"以无情之草木,疗有形之躯,犹落下乘,古称真心为大药,又以心医心之法,乃是最妙上乘。"故中医一贯倡导:**"善医者必先医其心,而后医其身。"**

饮食调理也叫膳食疗法,简称"食疗"。中医有"药食同源"的理论。"食疗"在疾病防治及保健康复中均起着不可忽视的作用,故《素问·藏气法时论》云:"五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充,气味合而服之,以补精益气。"《素问·五常政大论》云:"虚则补之,药以祛之,食以随之","无毒治病,十去其九,谷肉果蔬,食养尽之,无使过之,伤其正也。"后世对"食疗"大加发展,如《千金方》提倡:"凡欲治病,先以食疗,既食疗不愈,后乃药尔。"孙思邈也说:"安身之体必资于食,救疾之速必凭于药,不知食宜者,不足以生存也。""食疗"具有不伤脏腑,适合久服的优点,故以食治病,常常胜于用药,所谓"药补

不如食补”。王孟英总结得好:“食疗药极简易,性味和平,味不恶伤,易办易服。”因此辅以“食疗”也是提高治病疗效的必要手段之一。

“体疗”也就是体育锻炼,或称运动养生。俗话说“生命在于运动”,要活就要动,故称“活动”。现代的研究已经证实,适度运动对人体有六大好处:①促进血液循环,改善大脑营养,有助于保持精力和稳定情绪;②使心肌发达,收缩有力,增强心脏功能;③加强膈肌和腹肌的力量,促进胃肠蠕动,利于消化吸收;④促进和改善脏腑自身的血液循环,利于脏腑的生理机能;⑤提高机体免疫功能,保持旺盛的生命力;⑥增强肌肉关节活力,保持动作轻巧,反应敏捷。运动养生的要领有三条:①注意意守、调息和动形的谐调统一。**“意守”**是精神专注,**“调息”**是调节呼吸均匀,**“动形”**是形体运动的平衡。特别是意守,只有意念专注,方可宁神静息,导气舒血,所谓“以意领气,以气动形”。②**不宜过量,要循序渐进**。曾经对已故的5000名运动员作过回顾性调查,发现不少运动员在40~50岁左右就患了心脏病,而且寿命反比普通人短,说明过量剧烈运动超过了机体的耐受限度,反而会使身体因过劳而受损,出现早衰、早夭。所以“体疗”必须强调适度适量,不能“走火入魔”。所谓“行不疾步,耳不极听,目不极视,坐不至久,卧不极疲。”③**持之以恒,坚持不懈**。“体疗”不但是身体的锻炼,更是意志和毅力的磨炼,“三天打鱼,两天晒网”收不到“体疗”的效应。

药疗之外巧伍意、食、体“三疗”,是谓至治,上乘妙法。

64.“必先明知其形志之苦乐”的临证价值

“必先明知其形志之苦乐”,语出《灵枢·大惑论》,意即要知晓患者的精神状态和生活环境,并以此为辨证论治的前提,也即“必先”之意。

“明知其形志之苦乐”也即“意疗”的范畴。因为医者与患者之间的接触、谈话、诊疗过程中,无论有意无意,均有心理疗法的存在。比如医者的年龄、资历、态度、语言、仪表、穿戴、举止和威信等等无不给患者以程度不等的心理影响,加上患者在医者的指导下,自我调理心理情绪状态和行为方式,对诊疗都会大有助益。正如《东医宝鉴》所云:“欲治其疾,先治其心,必正其心,乃资其道。使病者尽去心中疑虑,一切妄念,一切不平,一切人生悔悟,顿然解释,则心地自然清净,疾病自然安痊。能如是,则药未到口,病已忘矣。”

如何“明知其形志之苦乐”?其原则早在《内经》中便有明示。《灵枢·师传》曰:“人之情,莫不恶死而乐生,告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦,虽有无道之人,岂有不听者乎?”

“告之以其败”,既要指出疾病的危害,引起患者对疾病的注意,又不至于使患者对疾病有错误的理解而形成思想包袱。

“语之以其善”,向病人指出怎样才能向好的、有利的方面发展,同时指出如果治疗及时、得法,克服不良情志因素,积极配合,便可切断“因病而郁”的恶性环节,以致康复。

“导之以其所便”，告诉患者如何进行调息养性、平衡七情、怡怡自得，并解释治疗中的具体措施，使患者心中有数而与医生合作，克服抵触情绪。

“开之以其所苦”，发恻隐之心，赢得患者的信任，了解其生活、精神之所苦，善加开导，疏其郁结，除其消极，消其“因郁而病”。

上述一般原则表明，医者要充分运用语言、文字、表情、姿势、态度、行为等多种方式，广泛地同患者交往和接触，对其进行科学的启发、教育和暗示，充分有效地改变患者的感觉、认识、情绪、性格、态度和行为，克服各种心理因素，唤起其治疗的积极性，调整并恢复其正常的神情活动。为达此目的，要处理好几个关系：

首先，**医者要以热情真诚，认真负责的态度取信于患者**，要建立良好的医患关系，同情与理解病人，深入了解病史，紧紧抓住患者的心理特点、心理动态、心理反应，把对治疗充满信心和希望的印象深刻地传达给病人，充分调动他的积极性，使其感到宽慰并增加治疗的信心。

其次，要因人制宜、因病制宜，**选择针对性强、确实有效的心理疗法**，并进行巧妙的设计和统筹安排，切勿粗制滥用，生搬硬套或政治说教，以求“用之必验”，尤其应克服偏废，应同针药等中西医治疗结合起来，就会相得益彰。

最后，**应与家庭社会相结合**，要创造一种和睦的家庭气氛和良好的社会环境，防止和减少病人的心理冲突。

如何开导其“形志之苦乐”？可取十法，视病者之实际，择优适度而施之。

(1) 以情胜情法

以情胜情法又称情志相胜法。人有七情，分属五脏，五脏与情志间存在着五行制胜的关系，于是就产生了以一种心情去制止、战胜另一种心情的以情胜情法。此法的理论依据源于《内经》。《素问·阴阳应象大论》云：“怒伤肝，悲胜怒；喜伤心，恐胜喜；思伤脾，怒胜思；忧伤肺，喜胜忧；恐伤肾，思胜恐。”但在临诊应用时切不可机械照搬五行制胜而要根据心理病机，灵活而巧妙地指导患者作自我情志调节，使刺激量得到减少，刺激内容和方向有所变更，从而达到情志上新的平衡，消除心理病机。

以情胜情具体有四法：

1) 喜乐疗法。乐以忘忧，笑能驱逐愁闷，散发心中的积郁。设法使患者心情愉快、喜悦或引之欢笑，则患者心中的烦恼、忧愁、苦闷都会烟消云散，气血和畅，而因悲伤思虑而致的病证如癫狂、谵妄、心痛、咳血、脏躁等，就会较容易地得到治疗。

2) 忿怒疗法。“怒则气上”，“怒则气逆”。忿怒的情绪具有引发阳气升发、气机亢奋的生理效应，而忘思虑、消郁结、抑惊喜。但临诊激怒患者要得法和适度。

3) 惊恐疗法。采用恐吓的方法使患者一定程度的恐畏惧怕而治疗喜笑不休、癫痫狂症等。

4) 悲哀疗法。以一种阴性的消极心理，使患者悲之泪出，用以平息激动，抑制狂喜，忘却思虑，宣泄内心的压抑。

以上四法以喜乐疗法最常用。均应注意适度和中病即止。

(2) 以情开导法

医者态度热诚耐心，环境安静无扰，气氛融洽和祥，“告之、语之、导之、开之”，运用语言工具进行说服、解释、鼓励、安慰、保证、开导，使患者讲出“隐私”，吐露真情，解除思想顾虑，紧张消极心理，提高战胜疾病的信心，犹如“心理疏泄”，也称语言开导法。运用此法，医者务必真诚耐心，动之以情，晓之以理，喻之以例，明之以法，使患者获得信任感和安全感方能奏效。

(3) 真情暗示法

真情暗示法是采用含蓄间接的语言、手势、表情、动作等自暗示或他暗示的办法，对患者的心理产生影响，转移和诱导其在无意识中接受医者的治疗性意见，或产生某种信念，或改变其情绪和行为。总之，要患者按医者的要求出现身心反应而达到治疗目的。但**“暗示”不等于“欺骗”**，否则一旦患者发现自己被愚弄时恼怒不已，反而加重病情。所以暗示时必须动之以情，以充分的同情心，使患者产生真正的信念。

(4) 静情催眠法

采用参禅、独室静坐或静卧方法，内忘思虑，外思绿野，扫除杂念，抛弃恩怨，清净宁谧。“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来”(《素问·上古天真论》)。如再配合针药或各种方法刺激患者视、听、触觉使其进入睡眠状态，用各种意念他统或自我调整情绪，则效果更佳。此法也称静志安神法。

(5) 移情易性法

“移情”即排遣情思，分散注意，转移思想焦点，从某种情感纠葛中解脱出来。“易情”即改易心志，排除杂念，改变不好的生活习惯，纠正不良的思绪情操。也称移情变气法或转移注意法。其最佳的措施为“取乐琴书，颐养神性”，“看书解闷，听曲消愁”。也就是近代倡导的“音乐疗法”、“游戏疗法”，也称“艺疗”。凡是戏剧、舞蹈、书法、绘画、赋诗、答对、种花、养鱼、垂钓等能陶冶性情，培养情趣，寄托情感的方式均可采用。但移情不可过分抑制情感，仅仅是改变其指向性；易性不是取消个性，而是要纠正其消极情绪。故要掌握“去忧莫若乐”这个关键。

(6) 顺情从欲法

创造条件，尽力顺从并满足患者意志、情绪、身心需要的方法，又称“怡悦开怀法”。由于满足其所求，达到“心平气和”而利于缓解病情。有时限于条件一时难以满足，也应对其想法和要求表示同情、理解、支持和作适度的保证。当然对那些淫欲邪念、放纵无稽的错误欲望和胡思乱想、不切实际的欲望，则不能纵容迁就，而要循循诱导，善意教

育，耐心说服。

(7) 动静解惑法

心有疑虑、思想顾虑是患者普遍的心态。因此通过一定方式解除其不必要的疑虑，在心理疗法中占重要位置。此法的应用关键是对患者的疑心、误解、猜测先要询问起因，然后通过直接对话，循因释疑，据理解惑，阐明真情。有时还要采用假物相欺，以谎释疑，"诡诈谲怪"以巧转意的方法，才能取信于病人。但务必态度严肃认真，耐心细微，尊重事实，有理有据，充分说明，在以谎释疑时更应假戏真做，以理服人。

(8) 激情刺激法

激情刺激法是给病人以突然的强烈精神刺激，如激怒、卒惊、卒羞等法，引起机体应激反应，诱发一系列的身心变化而达到治病目的。但此法的刺激强度不易把握，临床应用要慎之又慎。

(9) 习性矫正法

人们的异常行为和正常行为一样，都是通过学习而获得的。因此，异常行为也可以通过相反的或替代的学习使其消失。也称行为治疗或行为矫正。其实施的方式有"习以平惊"、"惩罚法"、"行为诱导"和"捕捉幻物"等。"习以平惊"就是对惊恐的病人，使其再次受惊，并时习之，然后再缓惊。"惩罚法"是指有病态行为时用各种惩罚的方式加以矫正。"行为诱导"指用正常的行为诱导病态行为转成正常。"捕捉幻物"指设定一件物品，从行为上捕捉，以达到矫正的目的。

(10) 意情气功法

意情气功法是采用意守丹田，意念静情，意念导情，用坐、卧静功达到心平气和，调整情志，改变性情的目的。

"必先明知其形志之苦乐"常常为医者所疏忽，如何开导其"形志之苦乐"又常常为医者所束手，但其临证价值又不可轻视。余之管见仅作抛砖。

65."谨和五味"新释

《灵枢·五味》云："谨和五味，骨正筋柔，气血以流，腠理以密，如是则骨气以精，谨道如法，长有天命。"说明节制饮食在防病治病中的重要性。

(1) "谨和五味"宜遵循八条原则：

1) **限制膏粱厚味，炙爆煎熏食物的摄入。**《真人大计》指出："田夫寿，膏粱夭"，主张饮食以清淡为主。《吕氏春秋》谓："凡食无强厚味，无以煎味熏酒，食能以时，身必无

灾。”孙思邈提倡：“勿进肥浓厚食，酥油酪饮”，“善养性者，常须少食肉。”朱震亨在《茹谈论》中也强调少吃肉食，多食谷蔬菜果。明代李梃在《保养说》中更明确的提出：“人至中年，肾气日衰，戒一切煎炒炙爆、油酢糟酱、燥热之物，恐耗血也；戒一切生冷时果时蔬，恐伤脾也。能甘淡薄，则五味之本自足以养脏。”

膏粱厚味、炙爆煎熏之品常致血管硬化，增高心脑血管病的急症发生率，且为致癌因素之一，不能不严加限制。

2）**不要偏食，选择和搭配好食谱，提倡食谱多样化**。主食中米、面、玉米、小米、高粱等品种应互相配食，多进糙米、杂粮，且应控制食入量，一般一天三餐半斤至1斤，多以植物蛋白为主，如大豆制品，配以蔬菜水果特别是含维生素多的菜、果。

在食谱中动物脂肪不应超过食量的20%或脂肪总量的10%。糖量也应降到最低量，特别是单纯的糖类，如蔗糖、果糖、蜜糖要少吃，可用复合糖类如淀粉。

最佳食谱应当是富含植物蛋白、维生素、微量元素和纤维素。

3）**控制食量，宜少食节食**。明·龚廷贤《寿世保元》曰：“凭口腹之欲，极滋味之美，穷饮食之乐，虽肌体充腴，容色悦泽，而酷烈之气，内蚀脏腑，精神虚矣。安能保令太和，以臻遐令。”清代曹慈山《老老恒言》云：“凡食总以少为有益，脾易磨运，乃化精液。否则极易之物，多食反致受伤，故曰少食以安脾也。”《素问·痹论》早已指出：“饮食自倍，脾胃乃伤。”饮食无度，营养过剩，常是致病的危险因素之一，必须“勿使过之”。

4）**少盐饮食**。《素问·生气通天论》指出：“味过于咸，大骨气劳，短肌心气抑。”《素问·五脏生成论》云：“多食咸，则脉凝泣而变色。”成人每天需盐量为5g，不宜超过10g，以15g为极限。美国的研究报告指出，每天10g盐，高血压发病率约10%，如增加食盐2倍，则发病率也增加2倍。北欧有个民族因每天仅吃盐4g，故没有发现高血压病人，而日本北部居民每天用盐30g，其原发病高血压的发病率高达40%。

5）**禁止吸烟**。明《滇南本草》谓烟草“辛热，有大毒”。赵学敏谓烟草可耗肺、损血、伤神、折寿。烟草对心脑血管、肺、食管的危害以及其致癌性均是公认的，故必须禁烟。

6）**适量饮酒**。元代忽思慧《饮膳正要》说酒“能通血脉，消忧愁，少饮为佳，多饮伤神损寿”。《本草纲目》曰：“少饮则和血行气，壮神御风，消愁遣兴；痛饮则伤神耗血，损胃亡精，生痰动火。”

7）**提倡饮茶**。《本草纲目》称茶“最能降火，火降则上清”。唐代顾况《茶赋》曰：“茶可滋饭蔬之精素，攻肉食之膻腻，发当暑之清吟，涤通宵之昏寐。”实验研究也证明茶能使尼古丁沉淀从尿中排出，可解酒精毒，能降脂，减轻动脉硬化，增强血管弹性和渗透性。但饮茶过多、过浓，则因其中过多的茶硷、咖啡硷可刺激心脏，加快心跳，增加心肌耗氧。

8）**合理安排每天饮食**。饮食要有规律、有节制，定时定量，少量多餐，切忌暴饮暴食。早餐吃一些易消化的供给热量和蛋白质的食品如豆浆、米粥、蔬菜、水果；午餐可稍丰盛，以满足蛋白质的需要，晚餐要清淡。所谓**“早餐宜好，午餐宜饱，晚餐宜少”**。

(2)“治寓于食”

选择有益的谷果肉菜有利于疾病的防治。

1）维生素类食物。维生素C能加强血管的弹性和韧性，减少脆性，防止出血，故对心脑血管疾病的患者十分有利。含量多的首推绿叶蔬菜和水果，如刺梨、猕猴桃、红枣、山楂、柑橘、酸枣。冬季多食萝卜、生豆芽代替。维生素B_6能降血脂，广泛存在于谷物外壳、绿叶蔬菜、酵母、猪肝、糙米、肉、鱼、蛋、牛奶、豆类及花生。

2）微量元素食物。低铬、低锰为动脉硬化因素之一。粗制糖、红糖中含铬多，糙米、小麦、黄豆、萝卜缨、胡萝卜、茄子、大白菜、扁豆中含锰多。低镁导致心肌兴奋性增高而致心律紊乱。绿叶蔬菜、花生、核桃、牛奶、鱼、肉、海产品含镁多。碘能防止脂质沉着。海带、紫菜含碘多。锌可抑制镉对心血管的损害，食物中锌与镉的比值越高越有利。各种豆类、坚果、海味、茶叶含锌多。硬水中富含钙、镁，特别应饮用矿泉水。

3）功能性食物。①山楂：有丰富的糖类、枸橼酸、黄酮苷及维生素C，可扩血管、降压、降脂和助消化。②蜂蜜：含葡萄糖、蛋白质、矿物质、有机酸酶和维生素，可强壮，解毒。③木耳：富含蛋白质、纤维素、磷脂、微量元素，有降压，防止血管硬化和滋补作用。④莲心：含蛋白质、酶、维生素、钙、磷、铁，可降脂安神。⑤鲤鱼：为高蛋白、低脂肪、低胆固醇食物，易消化并有利尿消肿作用。⑥大蒜：降胆固醇，防动脉硬化，防癌消炎。洋葱、野蒜同此。⑦胡萝卜：富含胡萝卜素、氨基酸、酶、矿物质、纤维素，可强心、降压、降脂、增加冠脉血流。此外对健康有利的食物还有姜、玉米、香蕉、花生、葵花子、海蜇、荞麦、大枣、豆芽、醋、椰子等。

(3) 食疗实施有八法

1）茶疗：茶叶又称茗，是常用的饮料，其性甘苦微寒，无毒，含咖啡因，可可碱，黄嘌呤，鞣质，胡萝卜素，维生素B、C、D，挥发油和氟等。有除烦解渴，消食止泻，利尿解毒的功效。可掺入某些食物和中药如野菊花、决明子、薄荷、紫苏等，制成药茶以及汤、饮、露、汁、乳、浆、水等功能饮料。通常较浓的称浆，加入乳制品称乳，将新鲜水果、花草经蒸馏加工取得的液体称露，把新鲜瓜果、蔬菜、中药经压榨得到的液体称浆汁。茶疗失眠者不用，且不可与其他药物特别是补益药同服。

茶疗适用于以下病证：①菌痢：茶叶10～20g，生姜30g浓煎口服或保留灌肠。②中暑：绿茶15g泡饮。③带状疱疹：老茶树叶研细末，浓茶水调涂，每天2～3次。④风寒感冒：午时茶（藿香、紫苏、防风、柴胡等）泡饮；五味煎（荆芥、苏叶、茶叶各6g，冰糖25g，生姜2g）煎汤代茶饮。⑤发热：五汁饮（梨汁30g、荸荠汁20g、藕汁或蔗汁20g、麦冬汁20g、鲜芦根汁25g）混合加水煮沸后凉服；七鲜汤（藿香6g、佩兰6g、梨汁10g、薄荷6g、生地6g、何首乌5g、荷叶6g）水煎代饮。⑥咽痛：海蜜饮（胖大海3g、蜂蜜适量）冲泡代饮；斛麦茶（鲜石斛15g、麦冬10g）泡饮。⑦心脏病：老茶树根30g，水煎适量黄酒和服。⑧癫痫：红茶500g、明矾500g，研细末，糯米为丸梧子大，发病前茶水送40丸。⑨痛经：

茶树根15g、小茴香15g、凌霄花根30g，加适量黄酒隔水炖3小时，去渣加红糖经期服。⑩冻疮：柿子皮烧灰，浓茶调敷。⑪头痛：炒苍耳子9g、薄荷9g、茶叶6g，煎水代饮。⑫便秘：菊花9g、草决明30g，煎水代饮。

2）酒疗：用米酿制的为米酒、黄酒。用高粱酿制的为白酒，烧酒。用水果酿制的为果酒。用大麦酿制的为啤酒。加入中药用浸泡法、酿酒法、蒸馏法或渗漉法加工成的为药酒。酒甘辛温，能温通血脉，兴奋神经，祛风止痛，也可用做药引。具体加工法如下：①浸泡法：药物精选切碎洗净后浸泡入酒中，密封7～15天即可服用。②酿酒法：将药物煮汁和酒曲、米等一起酿造成酒，成酒后再存数月即可服用。③蒸馏法：含挥发油的药物则利用水蒸气加热，使有效成分随水蒸气一起蒸馏出来。其装置由水蒸气发生器（三角瓶）、烧瓶、冷凝器、接受瓶组成。④渗漉法：用乙醇浸出药物的有效成分。其装置由渗滤筒和接受瓶组成。先将药物粗碎，过30目筛，加入等量的溶剂搅匀后盖严1～4小时，然后层层填装到渗滤筒内，溶剂应高出药面3.5cm加盖，放置24～28小时，然后渗漉，每千克药每分钟流出量1～3ml，最多3～5ml。

酒疗适用于以下病证：①麻疹透发：芫花60g捣烂加酒60g煮沸后擦身。②胃痛：川椒120g炒后用黄酒浸泡，适量饮用。③感冒：紫苏10g、荆芥10g、陈皮5g、白酒1000ml，浸泡后每天温服20ml。④关节痹证：威灵仙酒（威灵仙500g、白酒1500ml）；五加皮酒（五加皮500g煎汁和曲米酿酒）；骨痛酒（老鹳草、鸡血藤、桑枝、稀莶草各50g、白酒1000ml浸泡）。⑤跌打损伤：治伤酊（芙蓉叶、徐长卿、两面针、雪上一支蒿、薄荷脑、樟脑、肉桂油等量浸泡白酒外涂）；愈伤药酒（麻黄、红花、当归、苍术、白术、五灵脂、骨碎补、血竭、白芍、川乌、羌活、独活、桂枝、威灵仙、草乌、制南星、五加皮、防风、鸡血藤、牛膝、茯苓、萆薢、海桐皮各等量，白酒浸泡外涂）。⑥风湿挛急：茵陈汤（茵陈250g煮汁，纳入秫米适量，煮七成熟，加入酒曲，装坛内发酵5～7天即可服用）。

3）醋疗：醋又称米醋、陈醋、苦酒、酢。性味酸、苦、温，无毒，含磷、钙、铁、蛋白质、糖类、菸酸等，消痈肿，开胃口，治疮癣，破积血，解诸毒和增药力。

醋疗适用于下列病证：①预防感冒：每平方米用30ml醋加适量水熏蒸空气消毒，一般中等房间用醋300～500ml，晚上熏蒸一次即可；②痄腮：大黄粉15g醋调外敷；③关节痛：葱白一碗，醋两碗（600ml）煮沸用布热裹于患部；④蛔厥：醋30ml，冷开水顿服或再冲服乌梅丸；⑤解毒：卤水中毒，米醋适量喝之；⑥骨梗：馒头蘸醋咀咽；⑦糖尿病：山药30g浓煎取汁150ml，打入鸡蛋1个，醋15ml，煮沸后食用；⑧吐泻：生姜5g，红茶100g煮取汁，打入鸡蛋2个，醋30ml，糖适量煮沸后食用。

4）粥疗：又称药粥，以陈仓米、粳米、稻米、玉米、小米加入药物熬煮而成。其中纳入的药物有药食同源的大枣、龙眼、羊肉、赤小豆。中药细粉，芡实粉、藕粉，牛奶、鸡汁、肉汁，中药煎汁或新鲜中药（紫苏叶、鲜藿香、鲜薄荷）取汁等，一般清晨服，7～10天为一个疗程。

粥疗适用于下列病证：①感冒：荆芥粥（荆芥10g、薄荷5g、淡豆豉10g、粳米60g）；神仙粥（生姜5g、连须葱白7茎、粳米60g、米醋15ml）；②咳血：枇贝粥（枇杷叶15g、川贝

5g、粳米 60g、冰糖少许）；③脘腹痛：荜拨粥（荜拔 4g、生姜 10g、胡椒 1g、粳米 60g）；④便秘：莱李粥（莱菔子 15g、郁李仁 15g、粳米 60g）；⑤水肿：冬瓜粥（冬瓜连皮带子 100g、粳米 60g）；赤小豆粥（赤小豆 100g、粳米 60g）；⑥降脂：木耳粥（木耳 5g、首乌 30g、红枣 5 枚、粳米 100g）；⑦降压：菊芹粥（菊花 15g、决明子 15g、连根芹菜 20g、粳米 100g）；⑧心脏病：参麦粥（人参 3g、麦冬 20g、薤白 15g、粳米 100g）；⑨糖尿病：生地粥（生地 60g、葛根 30g、黄精 60g、薏米 60g）；⑩菌痢：三宝粥（山药 30g、三七 6g、鸦胆子 20 粒）。

5）果疗：以水果的原生品作为辅助食品或水果的加工品掺入中药进行治疗。

果疗适用于下列病证：①麻疹：樱桃 9g 煎服；②伤寒：乌梅 6 个浓煎服或加入黄连；③菌痢：葡萄取汁混茶叶或苹果煎服；④乙脑：鲜香蕉根绞汁，加蜜少许调味，每天 1000ml 分服；⑤哮喘：核桃仁 60g、补骨脂 10g 煎服；⑥紫癜：花生米、红枣、赤小豆等量煮服；

果疗的果品有以下品种：①梅：酸温，蘸盐生食可温胆生津。多食伤齿，生痰助热。痰湿胀满，月经不行者忌食。②杏：甘酸温，润肺生津。多食生痰热，动宿痰。产妇、小儿患病时不食。③桃：甘酸温，补心活血，解渴充饥。多食生热，引发痈疮、虫证、痢疾。④李：甘酸凉，清肝涤热，活血生津。多食助湿生痰，诱发痢疾，脾虚忌食。⑤苹果：甘凉，生津开胃，润肺悦心，充饥醒酒。⑥枣：鲜者甘凉，利脾胃。干者甘温，补脾养胃，补血养心，润肺安神。多食生虫、生痰、助热、损齿。⑦梨：甘凉。润肺，清胃，凉心，涤热，息风，化痰，平嗽，散结通肠。脾胃虚弱常感腹中冷及久泻者忌食。称为“天生甘露饮”。⑧柿：鲜甘寒，养肺胃阴。干甘平，健脾补胃，润肺涩肠，止血消痔，疗痔疮，止反胃肠风。⑨橘：甘平，润肺解渴。多食生痰聚饮。风寒咳嗽，痰饮者忌食。⑩核桃：甘温，润肺益肾，利肠，发散风寒，通血脉，补产虚，泽肌肤，止劳喘。多食助火生痰。⑪西瓜：甘寒。清脾胃，解暑热，除烦止渴，醒酒凉营。多食积寒助湿，大便滑泄，病产后均忌食。称为“天生白虎汤”。⑫甘蔗：甘凉，清热和胃润肠，醒酒化痰，强筋骨，养血息风，补脾阴。⑬慈姑：甘苦寒，破血，通淋，滑胎利窍。多食发疮，动血，生风，损齿。⑭菱角：鲜甘凉清热。多食损阳助湿。熟甘平，多食气滞。⑮龙眼：甘温，补心安神定志，益脾阴，滋营生液。停饮、气滞、郁火者忌。⑯山楂：酸甘温，醒脾消积，破血散结，消胀解酒化痰。多食耗气损齿。⑰青果：酸甘平，开胃生津，生痰涤浊，除烦止渴，凉胆息惊，清利咽喉。⑱枇杷：甘平，润肺，涤热，生津。多食生痰助湿。

6）蛋疗：以鸡蛋药汤、鸡蛋药羹、药膏等配合治疗的方法。鸡蛋含有蛋白质、脂肪、糖类、维生素 A、维生素 B、维生素 C、维生素 D。

蛋疗适用于下列病证：①感冒：姜葱蛋（生姜 15g、葱白 10g、梨 120g、苦参 6g、鸡蛋 2 个冲服）；②黄疸：威灵蛋（威灵仙 30g、鸡蛋 1 个、米醋 10ml 煮服）；③痹痛：白芥蛋（白芥子末、鸡蛋清调敷痛处）；④尿血：将果蛋（大黄粉装入蛋内，湿纸封口煮食）；⑤哮喘：紫麻衣（麻黄 2g、紫菀 6g、凤凰衣 14 枚，共研末，每天 9g 冲服）；⑥丹毒：伏龙清（伏龙肝 30g、赤小豆 30g，研末鸡蛋清调敷）。

7）菜疗：生食蔬菜或作药引或配药膳以辅助治疗。

菜疗适用于下列病证：①百日咳：胡萝卜15g、冬瓜子15g、红枣10枚煎服；②中暑：白扁豆10g、香薷10g、厚朴10g煎服；③原发性高血压：芹菜根20g、荠菜15g、车前草30g煎服；④咳血：菠菜子、白及、百部等分研末冲服；⑤牙痛：芹菜根、南瓜根煎水服。

8）禽疗：又称动物食疗法，以脏补脏的同种疗法，或作药引或配作药膳。

禽疗适用于下列病证：①胃痛：乌贼骨9g、白及9g、藕节15g研粉蜜调服；②水肿：田螺、大蒜捣烂贴脐下1寸或用鲤鱼1条、赤小豆100g、陈皮6g，煲烂食；③痈疮：鲜柏叶、蜂蜜捣泥外贴患处。

（4）防治心血管疾病及癌症食物

1）降脂：生姜、甲鱼、海藻、豆荚、蘑菇、黄豆、大蒜、洋葱、蜜橘、山楂、牛奶、大麦、葵瓜子、紫菜、黑木耳、冬菇、茶叶、荷叶、莲心、芹菜、荸荠、海蜇、蜂蜜。

2）软管：木耳、蜂蜜、红枣、茄子、白薯、玉米。

3）降压：菠菜、芹菜、甜菊、苹果、香蕉、西瓜子、绿豆、青萝卜汁、荸荠、海蜇头。

4）防癌食物：青叶卷心菜、花椰、肝、蛋黄、胡萝卜、杏、甘薯、菠菜、香菇、鲜蘑、绿豆、大蒜、海藻、无花果、木耳、乌梅、扁豆、蚌肉、田螺、银耳、黄精、猪鹅血、红枣、韭菜、莴笋、白萝卜、黄瓜。

（5）食疗功能

1）补益：饴糖、大枣、花生、莲子、山药（补脾）；羊肉、乌龟肉、胡桃、韭菜子、海参、虾（补阳）；龙眼、红枣、桑椹、荔枝、肝（补血）；鱼肚、甲鱼、木耳（补阴）。

2）生奶：鲫鱼、猪蹄、鱼头、生南瓜子。

3）降糖：猪胰、马乳、山药、豇豆、豌豆、茭白、苦瓜、洋葱。

4）清热：西瓜、冬瓜、黄瓜、苦瓜、绿豆、扁豆、乌梅、菠萝、田螺、西红柿。

5）消炎：大蒜、菠菜根、芦根、马齿苋、冬瓜子、油菜、慈姑。

6）解毒：生姜、醋（鱼蟹）茶叶、白扁豆（药物）、山羊血、空心菜（蕈类）、蜂蜜（百毒）。

7）健脾胃：生姜、乌梅、鸡内金、麦芽、陈皮、花椒、茴香、葱、蒜、醋、山楂。

8）利水：西瓜、冬瓜子及皮、茶叶、绿豆、赤豆、玉米须、葫芦、鲤鱼、黑鱼。

9）通便：核桃仁、芝麻、柏子仁、香蕉、蜂蜜。

10）化痰：白果、杏仁、桃仁、冬瓜仁、橘、梨、冰糖、萝卜、动物胆。

11）清咽：青果、乌梅、苦瓜、凉薯。

12）止血：花生内衣、黄花菜、木耳、莲蓬、藕节、丝瓜络、乌贼骨。

13）止泻：大蒜、马齿苋（热泄）、焦山楂、焦麦芽、焦谷芽、炒陈皮（伤食泻）、苡仁、莲子、炒山药（虚泻）。

14）驱虫：槟榔、榧子、使君子、乌梅、大蒜、南瓜子、椰子、胡萝卜。

15）透疹：香菇、芫荽、胡萝卜、荸荠、黄花鱼、鲜鲤鱼、鲜虾。

16）预防感冒：醋、蒜、葱、生姜、淡豆豉、白菜头。

《粥疗歌》：

若要不失眠，煮粥加白莲；要得皮肤好，米粥煮红枣；
气短体虚弱，煮粥加山药；欲增血小板，花生衣煮饭；
心虚气不足，桂圆煨米粥；要治口臭症，荔枝与粥炖；
清退高热症，煮粥加芦根；血压高头晕，胡萝卜粥灵；
要保肝功好，枸杞煮粥妙；口渴心烦躁，粥加猕猴桃；
防治足气病，米糠煮粥炖；头昏多汗症，煮粥加苡仁；
便秘补中气，藕粥很相宜；夏令防中暑，荷叶同粥煮；
若要双目明，粥中加旱芹；欲得水肿消，赤豆煮粥好；
侧耳根煮粥，开胃又解毒；若欲补虚损，骨头与粥炖。

综上可见："谨和五味"赋予现代新意，既可辅助治病，又可防病保健，所谓"民以食为天"矣！

66. 时令节气、地域差异不容疏忽

《灵枢·岁露》曰："人与天地相参也，与日月相应也。"《灵枢·邪客》也曰："人与天地相应也。"《内经》建立的天人相应理论是中医整体恒动观的重要体现。天时变化对人体的生理、病理影响极大：四时气候的变化过程有春温、夏热、长夏湿、秋燥、冬寒的正常规律，人体会有春生、夏长、长夏化、秋收、冬藏的相应变化，故《素问·四气调神大论》指出："故阴阳四时者，万物之终始也，死生之本也，逆之则灾害生，从之则苛疾不起。"只有顺应四时气候的变化才能防止疾病的发生发展。而在治病中更应注意不违背天气时令，也就是《素问·五常政大论》所说："必先岁气，无伐天和，无盛盛，无虚虚而遗人夭殃；无致邪，无失正，绝人长命。"所谓"岁气"是按五运六气理论推算出来的每年气候变化规律。"无伐天和"指治病应当注意当年气候的变化，用药不能违反大自然气候的规律而损伤人体天然的冲和之气。《素问·六元正纪大论》讲得更简练："无失无信，无逆气宜，无翼其胜，无赞其复，是谓至治。"也就是说最佳的治疗是上述的"四无"，是不能违反天气时令变化的规律。

四时节气的变化在正常情况下是按照一定的顺序向前发展和相互转变，并有一定的限度，既不能太过亦不能不及。人体也能随其而变化而有适应能力。若气候的异常变化超越了人体的调节能力，则疾病乃生，《素问·六节藏象论》谓之："苍天之气，不得无常也，气之不衰，是谓非常，非常则变矣。"例如冠心病患者素体心气不足或心阳不振，复因气候突变，寒邪侵袭，胸阳被遏，心脉痹阻，便会卒然发生心痛或因酷暑炎热，耗伤心气，心脉失畅也能发生心痛。有调查资料表明，冠心病的急重症与季节有密切关系，一年中有两个冠心病急重症的发病高峰：5月和11月，而且在1～3月和10～12月维持较高的发病率，这与5月和11月气候多变及1～3月、10～12月气候寒冷有关。

昼夜晨昏的阴阳变化对人体的生理、病理也有影响。正如《素问·生气通天论》所

云:"故阳气者,一日而主升,平旦人气生,日中而阳气隆,日西而阳气已虚。"《灵枢·顺气一日分为四时》对此作了解释:"夫百病者,多以旦慧昼安,夕加夜甚。朝则人气始生,病气衰,故旦慧;日中人气长,长则胜邪,故安;夕则人气始衰,邪气始生,故加;夜半人气入脏,邪气独居于身,故甚也。"这就是说早晨、中午、黄昏、夜半人体的阳气随着生、长、收、藏的规律而变化,因而病情也随之有慧、安、加、甚的变化。

《素问·藏气法时论》指出:"合人形以法时五行而治",就是说在治疗时必须注意四时气候的特点及地形环境的差异。如春季,有立春、雨水、惊蛰、春分、清明、谷雨六个节气,此时阳气升发,万物始生,不宜用苦寒泄火之剂,以免折损阳气;夏季有立夏、小满、芒种、夏至、小暑、大暑六个节气,此时暑湿酷热,万物竞长,不宜多用辛温之剂,以免伤阴,亦不宜多用柔阴滋腻之剂,以免助湿留邪;秋季有立秋、处暑、白露、秋分、寒露、霜降六个节气,此时气燥渐寒,万物收养,不宜多用刚燥之剂,以免耗损津液;冬季有立冬、小雪、大雪、冬至、小寒、大寒六个节气,此时天寒地冻,万物伏藏,不宜多用寒泄之剂,以免损伤阳气。

地域环境的差异在治疗上也应当有区别:如地势高而寒凉的地带,其气收敛,人的腠理开少闭多,故患者多寒在外而热在内,治当表散外寒,清其内热;地势低下湿热的地带,其气疏泄,人的腠理开多而闭少,患者多气泄于外而寒盛于内,治当收敛其气,温暖其中。

20世纪90年代本人曾有在深圳行医近3年的经历,遇到不少的冠心病和糖尿病患者,切实体会到治病须因地制宜。在北京时治疗冠心病常投当归补血汤和桂枝加龙牡汤获效,治疗糖尿病常投生脉散、杞菊地黄汤获效。因为北京地区多寒干燥,以补气温阳、滋阴润燥立法,自然对证而奏效。但到了深圳,气候环境大易,如仍守前法,非但难以奏效还会产生恋湿停滞的种种不良反应。因为深圳地处南方,炎热多湿,常见湿阻腻苔,此时治疗冠心病和糖尿病理应"法随证变",改用化湿畅中、清利内热的温胆汤和三仁汤,疗效就明显提高。故时令节气和地域差异直接关系疗效。

近年来兴起的"时间治疗学"和"环境治疗学",是重视气候变化和地域差异的例证。故《灵枢·百病始生》有训:**"毋逆天时,是谓至治"**。时令节气、地域差异不容疏忽矣。

67."气功"的伪科学性及其科学性

"气功"古称"导引",道家又称"吐呐"、"炼丹",儒家称"修身"、"正心",佛家称"参禅"、"止观",医家则称"摄生",是运动养生的重要组成。

"气功"的伪科学性在于其"带功治病"的邪说。有的"气功师"故弄玄虚,所谓"运气"治病、"排石"、"祛癌"、"接骨整形"等等,神乎到了"百病皆治"的境地。有的"大师"还著书立说,不负责任地"夸夸其谈",误导读者,贻害患者。有的"高手"还大规模地组织"带功报告"、"现场验证",以"传帮带"的手段遗毒百姓。"气功"的这种伪科学性,其毒无穷,其害至深,必须严加揭露,坚决抵制,依法惩处!

“气功”作为自身锻炼有其明显的科学性，受到历代医家的倡导。如《养性书》提倡：“吐纳法，心病用呵。”《千金方》详载：“心病呼吸导引法”。气功锻炼以一定方式的摇动肢节筋骨和吐纳呼吸，达到调畅气机、通利血脉、安神定志、培育真元的养生目的。现代有关的实验研究也证实气功通过意识的主导作用，除对大脑皮质和自主神经功能具有双向调节作用外，还能降低全身的代谢率，减轻心脏负荷，改善血液循环和心功能。实具健身强体的效应。也可做为“意疗”的一种方法。

练气功推荐静功为主，包括坐、站、卧3式。首先是调心练意，要意守丹田，排除杂念，逐渐“入静”。然后调息，舌抵上腭，呼吸放松，用意念诱导气息均匀，缓慢自然，运入丹田。还要调身，姿势自然正确，放松入静。练气功不能急于求成，关键在于苦练，所谓“练精化气”、“练气化神”、“练神还灵”。如能练就一身“真果”，必能使精气神三宝融为一体，**精足、气充、神会，增强活力，延年益寿**。

68. 应当重视“非药物疗法”

内科医师治病主要依靠药物而轻于“非药物”。而“非药物疗法”恰是中医的特色之一。**非药物疗法是指内服外治以外的各种疗法，也称“自然疗法”**。常用的有针灸、拔罐、刮痧、推拿、理疗、艺疗、浴疗（冷水浴、矿泉浴、日光浴、森林浴、海水浴）、泥疗、醋疗、茶疗、酒疗、体疗、食疗、意疗等等。非药物疗法常常是药物疗法的重要辅助，有时具有药物疗法所不能替代的作用。非药物疗法是获得疗效所不可缺少的手段。可以这样说，配与不配非药物疗法，临床疗效大不一样。中医的这个突出优势应当挖掘，更应发挥。

针灸的医疗价值已被国内外的医者所公认，这方面的内容将在下一节中详述。

1）拔罐法古称“角法”，是利用竹罐、玻璃罐等为工具，排出罐内空气，造成负压，吸附于体表肌肉丰满处，造成局部瘀血的一种疗法。其有温经通络，祛湿逐寒，行气活血，消肿止痛作用。对于风湿寒痹特别是肩背痛、腰腿痛，胃肠病如胃痛、呕吐、腹泻，肺部疾病如咳嗽、哮喘以及头痛、痛经、感冒、原发性高血压，外科的毒蛇咬伤、丹毒、红丝疔、疮疡初起未溃等都有肯定的疗效。对于急性扭伤有瘀血者还可刺血拔罐，其效迅速。

2）刮痧是采用一定的工具，如刮板、铜板、瓷匙等，以45°角在体表按经络循行的走向和穴位顺势刮之的一种疗法。其有调血行气，调节神经、内分泌功能，增强免疫，帮助消化吸收以及镇痛的作用，特别对中暑、感冒、胃炎、腹痛、头痛、腰痛、风湿、扭伤、落枕、便秘、消化不良、失眠疲劳、哮喘、心悸、高血压等有效，还可养颜美容和减肥。

3）推拿是根据脏象经络学说运用推、拿、揉、滚、搓、抖等各种不同的手法在体表施术的一种外治手段，以达到疏通经络气血，调整脏腑功能，祛病摄生的目的。其有效性特别显示在骨伤科的病证，如颈椎综合征、软组织挫扭伤、肩周炎、网球肘、腱鞘炎、腰椎间盘突出、坐骨神经痛、各种骨质增生，以及内外妇儿各科的病证，如高血压、胃肠病、心痛、哮喘、痹证、冻疮、月经不调、小儿消化不良、疳积、遗尿等等，是简便廉验，行之有效

的外治法。

4）理疗是利用光、电、声、磁等仪器按照经络穴位的分布进行物理治疗的一种疗法。其作用在于疏通经络气血，调整脏腑功能，特别能消肿止痛，活血化瘀，善治各种关节炎、扭挫伤、各种痛证、胃肠病、消化不良，也适合于关节功能的锻炼和康复。

5）艺疗包括书画与音乐两部分。书画的艺术活动有疗疾益寿的功效已为古今的书画艺术家所证实。比如唐代的大书法家欧阳询、柳公权均是九旬高寿方谢世。明代的文徵明、清代的梁同书亦活到九十余岁。现代的齐白石活到93岁、黄宾虹活到93岁，而95岁的颜文梁还亲自布置自己的画展。国画大师张大千88岁在台北逝世。世界名师毕加索92岁方离开人间。

书画是有节奏的、有规律的心身调节活动，必须精神专注，高度集中，而且从足跟、小腿、腰背循膀胱经、大肠经、三焦经、心包经、肺经等而上，到肩、臂、肘、腕、指全面的活动，调节经脉气血运行，所谓“凝神意志，意守于书画之中”，以心静、脑动、手勤，达到以静带动、以动守意、以意运神状态，乐在其中、陶冶心身而养生康复、健体益寿。

音乐能影响人体的情感，改变情绪和行为，具有转移情志，陶冶性情的作用。如快速愉快的乐曲可使肌肉增加力量；音调和谐，节律缓慢的乐曲可使呼吸平稳，脉跳节律缓和；优美的轻音乐，动听的歌曲，可以调节自主神经功能，解除疲劳，休息大脑，故《理瀹骈文》有云：“七情之病，看书解闷，听曲消愁，胜于服药。”

6）冷水浴的水温低于25℃，可增强血管的弹性，提高心肌的舒缩功能，减少胆固醇在血管壁的沉积，有助于增强心血管功能，防止动脉硬化，预防高血压、冠心病的发生。冷水浴还能增强中枢神经系统的功能，减缓脑细胞的衰老和死亡，加强呼吸器官的功能，提高人体的抗寒能力，还可增强胃肠蠕动，提高消化能力，并使皮肤柔润光滑、减少皱纹。除了全身冷水浴外宜取浴面和浴足两种形式。安排在晨间进行，最好由夏季开始坚持到冬天，不要间断。先浴面，将面部浸入冷水中，用鼻呼气，呼毕抬头吸气，反复10次，再用毛巾蘸冷水摩擦脸、耳、颈部10次，擦干后用手掌摩面、颈直至发热。再次双足浸入冷水中，每次1分钟，连续10次，擦干后用手掌按摩足心涌泉穴各30次。

7）矿泉浴又称温泉浴。其温热性可促使毛细血管扩张，加快血液循环。温泉中的机械浮力和静压力可起到按摩、收敛、消肿、止痛的功效。矿泉中的化学成分对人体也有药效作用。如硫可兴奋神经、消除疲劳。碳酸帮助消化。氯能刺激造血，降低血脂。钾、钠能增强心血管功能，调节神经和内分泌。镁有镇静作用。可取全身浸浴法，浸泡15～20分钟，水温应在37～38℃。在水中同时用手轻摩机体，增其效应。浴后适当休息，并补充饮料水分。每天1次，连续3次，休息1天再浴，20次为一个疗程。

8）日光浴俗称“晒疗”。日光中的紫外线可杀菌、消炎、止痛、脱敏。红外线可扩张血管，增强代谢，消炎止痛。可见光能通过中枢神经的反射，调整各组织器官的功能。日光浴的时间夏季在上午8～10点，下午3～5点，其余三季在上午9～12点。只穿内裤，取卧位或坐位，并不断变换体位，以便均匀采光。每次最多15分钟，皮肤要涂防晒霜，戴草帽和遮阳镜。也可同运动结合进行。

9）森林浴也称空气浴。指在森林中裸露肢体，呼吸林木散发的物质和新鲜空气，达到健身治病目的。森林中的白桦、柏树、雪松、樟树、白皮松均有很强的杀菌能力。森林中的空气芳香清新而且富含阴离子，能增强肺功能，改善心肌营养，促进新陈代谢。森林的景色优美，可改善人体的精神，放松紧张状态。宜以散步、慢跑、做操的方式进行森林浴。

10）海水浴指在天然的海水中浸泡、冲洗或游泳。海水同人体的温差犹如冷水浴。海水中的多种盐类附着于皮肤，刺激神经末梢，可以提高免疫功能，改善皮肤的血液循环和代谢。海水的压力、浮力和冲击构成机械的按摩作用，有助于肢体的功能锻炼和改善心肺功能。海水浴的时间一般取每年的 7～9 月，上午 9～11 点，下午 3～5 点为宜，每次不超过 1 小时，以不感疲劳为度。浴后要用淡水冲身。

11）泥疗即用淤泥、黏土、泥煤等泥土加湿后缠裹体表，达到治病保健的一种疗法。泥疗对人体有三种刺激作用：一是温热刺激作用。二是泥的密度大，对体表有机械性压力作用犹如按摩推拿。三是泥中硫化氢、氨、盐类等的化学刺激作用。泥疗适用于关节、骨骼、肌肉的慢性炎性疼痛、神经炎、神经痛、腹腔器官的慢性炎症、各种外伤的后遗症等。一般平均每人每次用泥约 8～12kg，用泥后上面要覆盖一层水，水面要高于泥面 10～15cm。

醋疗、茶疗、酒疗见本章第 65 条“谨和五味”新释。

至于体、食、意“三疗”已有专节论及，不再重复。

中医的“非药物疗法”丰富多彩，疗效显著，应当重视，大力开发。

69. 开发针灸的医疗价值

针灸治病要遵循经络腧穴理论，即必先知经络所在，度以身寸，确定穴位，然后辨证论治，取穴处方，有余则泻，不足施补，不盛不虚，以经取之，方能奏效。所以针灸疗法的组成有三个要素，即**辨证、取穴和手法。具体来讲就是理、法、经、穴、术五个字**。①理者指病变发生的原理，包括病因、病位、病性、病势和病态；②法者指据理而确立的治法，主要有虚则补之，实则泻之，寒证宜温，热证宜清，气陷当升，气逆当降；③经者指立法后选定所取的经脉，主要取本经，还可选配表里经、同名经、子母经和奇经八脉。其经比定穴更重要，如《针灸大成》提倡：“宁失其穴，勿失其经”；④穴者指定经后的配穴。首先取主穴，如经病多取荥穴、输穴，脏病多取募穴、下合穴，腑病多取背俞穴、原穴。主穴确定后再选配穴，如八会穴、五输穴、郄穴、八脉交会穴等；⑤术者指针灸方法，如针刺、艾灸、拔罐、磁疗、穴位注射以及针刺手法、针刺深浅、留针时间等等。

针灸的方法十分丰富，主要有毫针、灸法、拔罐、耳针、头针、刺络、电针、火针、皮肤针、皮内针、芒针、穴位注射、埋线、磁疗、挑治、神经刺、腕踝针、割治、面针、眼针、鼻针、激光针等。

针灸的治疗作用在于调和阴阳、疏通经络和扶正祛邪，其临床应用比较广泛，疗效

确切,已举世公认。适合针灸治疗的主要病证有:镇痛、针麻、中风、昏厥、中暑、眩晕、疟疾、感冒、咳喘、失眠、心悸、胸痹、癫狂、痫证、呕吐、呃逆、腹泻、痢疾、水肿、遗尿、癃闭、遗精、早泄、阳痿、痹证、闭经、带下、通乳、小儿惊风、风疹、丹毒、疔疮、乳痈、肠痈、扭挫伤,耳鸣、目赤、咽喉肿痛等38种。

现代实验研究从临床及动物两个方面证实,针灸疗法的主要功能在于:改善左心功能,特别是舒张功能,提示有强心作用,并可防止心肌梗死后心律失常的发生;对血压的双向调节作用,改善微循环,抗休克;对心电图、脑血流图、胃电图均有明显的改善功效;调节胃肠蠕动,减少胃酸分泌;调节血脂,改善脂质代谢;提高细胞和体液免疫功能;改善肺的呼吸功能,增加肺活量;提高肾功能,浮肿者尿量增多,尿崩者尿量减少,对膀胱的张力也呈双向调节,对肾上腺皮质、胰岛、甲状腺、性腺、垂体后叶激素等内分泌功能也呈双向调节;可使血清补体、溶菌酶、凝集素、溶血素等的效价普遍升高;对中枢神经递质如5-羟色胺、内源性吗啡呔、乙酰胆碱、儿茶酚胺、环核苷酸等有增加活性的作用。针刺还能调整外周神经与中枢神经的功能,从而产生针刺镇痛的效应。

总之,针灸疗法独特,应用广泛,疗效可靠,医者不可忽视。临床提倡针药并用,相互辅助,各取所长,确实是提高疗效水平的良策。

70. 十四经循行规律及分布归纳

经络学说是中医治病的基础理论之一。针灸治病,有些非药物疗法如推拿、拔罐等都必须根据经络学说,除此而外,内、妇、儿科等疾病的治疗也离不开经络学说的指导。为便于掌握,便于临床实用,有必要对十四经的循环规律和分布特点加以归纳,易记好用。

(1) 分属

1) 五脏加心包属阴经。肺、心包、心在上属手阴经。分别为手太阴肺经、手厥阴心包经、手少阴心经;脾、肝、肾在下属足阴经。分别为足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经。

2) 六腑属阳经,只要了解表里关系就能分属。即肺合大肠相表里,手阳明大肠经;心包络合三焦相表里,手少阳三焦经;心合小肠相表里,手太阳小肠经;脾和胃相表里,足阳明胃经;肝合胆相表里,足少阳胆经;肾合膀胱相表里,足太阳膀胱经。督脉在背部正中,统诸阳;任脉在腹部正中,统诸阴。

(2) 阴升阳降

人体站立,两手上举。

1) 阴经由下走上,足三阴从足走腹,手三阴从胸走手。

2) 阳经由上走下,手三阳从手走头,足三阳从头走足。

(3) 内阴外阳

1) 内阴:阴经走四肢内侧,太阴走前侧,厥阴走中间,少阴走后侧。

2) 外阳:阳经走四肢外侧,阳明走前侧,少阳走中间,太阳走后侧。

(4) 衔接

手太阴肺经→次指端→手阳明大肠经→鼻孔旁→足阳明胃经→大趾内侧端→足太阴脾经→心中→手少阴心经→小指端→手太阳小肠经→目内眦→足太阳膀胱经→小趾端→足少阴肾经→胸中→手厥阴心包经→无名指端→手少阳三焦经→目外眦→足少阳胆经→大趾外侧端→足厥阴肝经→肺中→手太阴肺经。

(5) 分布

1) 心:①心经起于心中;②小肠经络心;③心包经络于心系;④脾经注心中;⑤肾经其支从肺出络心;⑥督脉上贯心;⑦膀胱经别沿脊膂到心处散布;⑧胃经经别向上通过心;⑨胆经经别通向心。

2) 心包:①心包经出属心包络;②三焦经布膻中络心包;③肾经络脉上行于心包。

3) 肺经:①肺经属肺;②大肠经络肺;③心经郄上肺;④肾经入肺中;⑤肝经上注肺;⑥胃之大络通连肺。

4) 脾经:①脾经属脾;②胃经络脾;③肺经起于中焦。

5) 胃经:①胃经属胃;②脾经络胃;③小肠经抵胃;④肺经起于中焦,还循胃口;⑤肝经夹胃。

6) 肝经:①肝经属肝;②胆经络肝;③肾经从肾上贯肝膈。

7) 胆经:①胆经属胆;②肝经络胆;③胃经一条分支与胆经分支脉接于气街。

8) 肾经:①肾经属肾;②膀胱经络肾;③督脉入循膂络肾,贯脊属肾;④冲脉与少阴之大络起于肾下。

9) 膀胱经:①膀胱经属膀胱;②肾经络膀胱。

10) 大肠经:①大肠经属大肠;②肺经络大肠;③脾经络脉分支进入腹内,同肠胃相联系。

11) 小肠经:①小肠经属小肠;②心经络小肠;③脾经络脉分支进入腹内,同肠胃相联系。

12) 三焦经:①三焦经属三焦;②心包经络三焦。

13) 脑:①督脉入于脑,入络脑;②膀胱经从巅入络脑。

14) 耳:①小肠经却入耳中;②三焦经系耳后,直上耳上角,其支者从耳后入耳中出;③胆经下耳后,其支者从耳后入耳中出走前,走耳前;④膀胱经从巅至耳上角;⑤胃经上耳前;⑥大肠经络脉分支入耳部与宗脉会合;⑦心包经经别浅出于耳后。

15) 目:①肝经连目系;②心经系目系;③小肠经至目锐眦,支者别颊上𩩲抵鼻至目

内眦；④三焦从屈下颊至䪼；⑤膀胱起于目内眦；⑥胃经经别延展到眼眶；⑦胆经抵于䪼；⑧任脉循面入目；⑨督脉上系两目之下中央。

16）鼻：①大肠经上夹鼻孔；②胃经起于鼻，交頞中，下循鼻外；③小肠经别颊上䪼抵鼻；④督脉至鼻柱；⑤膀胱经经筋结于鼻；⑥胆经经筋上结于鼻旁。

17）舌：①肺经连舌本，散舌下；②肾经夹舌本；③心经络脉联系舌本部；④膀胱经经筋结于舌本；⑤三焦经经筋连系舌本；⑥肝脉络于舌本。

18）口唇：①大肠经还出夹口；②胃经还出夹口环唇；③肝经环唇内；④督脉上颐环唇；⑤冲脉别出络唇口。

19）齿：①大肠经入下齿中；②胃经入上齿中；③小肠经经筋至牙部；④三焦经经筋从曲牙部上行。

20）咽喉：①肺经从肺系横出腋下；②心经上挟咽；③心包经经别向上循喉咙；④大肠经经别向上沿喉咙；⑤小肠经循咽；⑥脾经挟咽；⑦肾经循喉咙；⑧肝经循喉咙；⑨胃经循喉咙；⑩任脉至咽喉，督脉入喉。

21）阴器：①任脉起于中极之下；②督脉起于中极之俞；③肝经入毛中环阴器；④胆经绕毛际。

（6）十四经脉的循行和分布对指导立法遣药很有临床价值。

以治疗口腔溃疡为例说明可运用与舌有关的循行经脉配方：肺经连舌本，散舌下，可投清热宣肺的桑白皮、菊花、黄芩、桔梗；肾经夹舌本，可投滋肾降火的知母、黄柏、肉桂、女贞子、旱莲草；心经络脉联系舌本部，可投清心的黄连、竹叶、莲子心、琥珀；膀胱经经筋结于舌本，可投利水的车前草、生苡仁、泽泻；三焦经经筋连系舌本，可用清泻三焦的生栀子；肝脉络于舌本，可投清肝的丹皮、夏枯草、草决明。首先确立辨证，再分别加入上述与舌循行经脉有关的用药，提高疗效则是势在必得。

71."养身"与"养生"

"身"者身体也。养身者，保养身体，免得疾患。"生"者生活、生命也。养生者，生活美满、生命不息，即健康长寿也。"养身"面狭，单指身体健康。"养生"面广，非但身体健康，而且要长寿不衰。故养生之义包含养身之意，其内涵一致。即，既要健康无病，又要高质量的生活；既要生存自如，又要延年益寿。

"养生"之称，首见于《吕氏春秋·节衷》篇："知生也者，不以害生，养生之谓也。"该书还有专论养生的《尽数》。尽数者尽天年之意，长寿也。提倡"流水不腐，户枢不蠹"的养生之道，认为"形不动则精不流，精不流则气郁。"该书还广泛讨论了五志、五味、气候、环境异常、"生害"之理以及"知本"的预防措施，开创中医养生的先河。

养生的理论则奠基于《黄帝内经》。其书第一篇名为《上古天真论》，讲述的就是古人养生长寿的方略。其开篇就明确提出："虚邪贼风，避之有时，恬憺虚无，真气从之，精

神内守，病安从来？是以志闲而少欲，心安而不惧，形劳而不倦，气从以顺，各从其欲，皆得所愿。故美其食，任其服，乐其俗，高下不相慕，其民故曰朴。是以嗜欲不能劳其目，淫邪不能惑其心，愚智贤不肖，不惧于物，故合于道。所以能年皆度百岁，而动作不衰者，以其德全不危也。”从饮食、情志、服饰、房事诸方面强调了养生之道。这些养生措施加之起居、环境、体育、导引、气功诸法始终贯穿于《黄帝内经》的全书中。

东汉张仲景对汉以前的养生预防法加以汇集提炼，并付之临床验证，突出了它们的实用性。如《金匮要略·脏腑经络先后病脉证并治》开篇的第一句话就曰：“上工治未病”，而且加以具体化：“夫治未病者，见肝之病，知肝传脾，当先实脾。”张仲景在《伤寒论》中还以“传变”、“合病”、“并病”等概念来引证“治未病”的预防思想，并特别设有“辨阴阳易差后劳复”专篇，专题讨论了病后防复的养生措施，对后世仍有启迪作用。

秦汉时期，由于秦始皇、汉武帝们均强烈追求长生不老，于是炼丹术、神仙术、房中术充斥其时。最著名的是晋代葛洪所著《抱朴子》，成为开端制药化学先河的炼丹名著。他主张：“养生以不伤为本”，“困思，强举，悲哀憔悴，喜乐过差，汲汲所欲，久谈而笑，寝患失守，挽马引弩，沉醉呕吐，饮食而卧，跳走喘乏，欢呼歌泣，阴阳不交，皆伤也。”“积伤至尽，则早亡。”这些主张深得中医养生之精粹，特别是**“养生以不伤为本”**实为养生学的至理名言。

南北朝陶弘景精于养生，所著《养生延命录》成为现存最早的养生学专著。他主张：“我命在我，不在天”，提倡发挥主观能动性的必要，而且把养生要领归纳为“调神”和“养形”，实乃精辟。对顺应四时，节制饮食，调摄情志，适当劳作，纳气导引，节欲保精等等养生法均提出了一整套实用的方法。如“摩手令热，雷摩身体，从上至下，名曰干浴。”这种周身按摩法仍沿用至今。

唐代孙思邈所著《千金方》记有大量养生内容。其在《养性序》中曰：“善养性者，则治未病之病，是其义也。”又曰：“安身之本必资于食”，十分强调食养。其书列食疗食养154种，提倡“美食须熟咀，生食不粗吞”，“先饥而食，先渴而饮，食欲数而少，不欲顿而多”。对老年饮食告诫要忌腻、厚、生、冷、杂，宜清、淡、温、软、简。对房事，孙氏认为既要节制，又勿强忍。他还论及导引吐纳。

金元时期出现了学术争鸣的四大流派，他们对养生之道也独有见地。刘完素认为养生的关键在于协调形神的关系，即气、神、精、形四者的调和。“精为神气之本”、“全生之术，形气贵乎安，安则有论而不乱；精神贵乎保，保则有要而不耗”、“形为生之舍，宜充而养之；神藏于心，宜静以养之”。其著《素问·玄机原病式》中专列有《摄生论》，考究调神、养形之术。

朱震亨主张人身精血难成而易于亏，故常“相火妄动”。须“收心养心”，“以防止此火之动于妄也”。其著《格致余论》开卷便明言要节制饮食和色欲，“固纵口味”导致“为口伤身”，“殉情纵欲”导致“阴精亏损”。

张从正十分重视社会环境、精神因素的致病作用。提倡“达时变”，即因时、因事、因地、因人制宜，认为**“养生当用食补，治病则须药攻”**。

李东垣的养生法围绕脾胃而立，他认为饮食失节、七情所伤、劳役过度都会损伤脾胃。脾胃气伤，元气受损则百病丛生。如在其《脾胃论》的“省言箴”中就提醒人们，说话言谈之中要恪守养生之道，则可保健脾胃而少生疾病。

宋元时期还有不少养生专著，如《寿亲养老新书》，这是第一部老年养生专著，列举7条养生方法，突出心理养生。其曰：“一者少言语，养内气；二者戒色欲，养精气；三者薄滋味，养血气；四者咽津液，养脏气；五者莫慎怒，养肝气；六者美饮食，养胃气；七者少思虑，养心气。”

明清两代的养生学十分盛行。赵献可著《医贯》，主张养生与治病一样，当以保养真火为要。曰：“欲世之养身、治病者，得以命门为君主，而加意于火之一字。”《景岳全书》强调：“善养生者，可不先养此形以为神明之宅？”认为形是神和生命的物质基础，必先养形。明·李中梓著《寿世青编》以调神、节食、保精三要提出调养五脏的方法，并特别强调调养脾胃为其中心。明代御医龚延贤和龚居中著《寿世保元》、《衰老论》、《万寿丹术》，搜集了大量延年益寿的秘方和养生保健方法。清代方开的《延年九转法》特别强调动静结合的养生观。其云：“过动伤阴，阳必偏胜；过静伤阳，阴必偏胜。”“动静合宜，气血和畅，百病不生，乃得尽天年。”清·曹庭栋参阅300多篇养生著作，并结合自己的长寿经验著《老老恒言》一书，总结出一整套简便易行而且实用的养生方法，并为老年人编制了养生粥谱。

根据历代养生理论和经验，近代常用的养生法计10种：

1）饮食养生：主要有四时膳食法，饮茶饮酒法，五味调和法，保健膳食法，辨证施膳法，膳食卫生法等。

2）起居养生：主要有作息有序法，劳逸结合法，睡眠宜忌法，衣着得体法，居室相宜法。

3）时辰养生：主要有四季养生法，昼夜养生法。

4）情志养生：主要有清静养神法，节制喜怒法，养情立志法，以情胜情法，移情易性法，解除疑虑法，发泄忧郁法等。

5）房事养生：主要有节欲保精法，固精益肾法，房事宜忌法，房事卫生法等。

6）体育养生：主要有导引健身法，运动宜忌法。

7）文娱养生：主要有书画凝神法，阅读养情法，弈棋怡性法，音乐保健法等。

8）药物养生：主要有进补宜忌法，药疗调整法，药物外用法等。

9）按摩养生：主要有健身强壮法，疏通经络法，调理脾胃法等。

10）气功养生：主要有老年保健功，益肾静卧功，太极传动功等。

这十种养生法在各有关章节中已有述及，不再重复。

中医养生（包括养身、养性等）历史悠久，理论可信，内容丰富，切实可行，沿用至今仍有价值。中医养生必将对预防医学、保健医学有所启迪、有所充实、有所发展，也必将对人类的防病疗疾，提高生活质量、改善生命质量有所贡献。

72."养神为本"乃"养生"首义

"养神"者，精神调养也。又称"养心"，因心藏神明之故。中医所讲的"心神"就是精神心理活动的综合反映。道、儒、佛、医诸家都主张养生之本在于"养神"。《内经》所谓的"精神内守，病安从来？"七情内伤常是病因、病机的重要组分，喜怒忧思悲恐惊，难以节制，太过亢害，既可致病又能增病，这在临床的例证枚不胜举。情绪波动，心态难稳，也是影响生活质量的关键。俗话言："愁一愁少白头，乐一乐百年少"，说明乐观的情绪、知足的心态是健康长寿的同义语。可见"养神"既是防病治病康复的必需，又是延年益寿保健的关键。

古人云：**"养神为本"不外乎三个内涵：清静、修德和开朗。**

思想上的清静就是要排除私念，专心致志，安静谦和。晋代炼丹家葛洪在专著《抱朴子》里专门告诫人们要除"六害"，即名利、声色、货财、滋味、狂妄和妒忌，也就是抛弃俗称的酒、色、财、气、意、欲，以理收心，方能达到思想清静的境界，无所求，无所憾，自乐之。

修德有双重意义，其一是对己应立志贡献，冷静处事，不急不躁，严格律己；其二是待人则要宽厚大度，谦让和善，多看优点，不计其短。应当把心情调整到追求理想，坚定信念，助人为乐，知足长乐，情善德高的最佳状态，以此应对多变的世态，复杂的人生，将会得益匪浅。现代生理学的研究也已经证实：理想、意志、信念能充分调动人体的内在潜力，改善人们的生理功能，增强抵抗力，成为生活的主宰和抗病的动力。人们的性格情欲、喜怒哀乐对健康的密切相关已为人所共知：急性好胜常是心脑血管病、糖尿病、胆石病等的病因，而忧郁孤僻者则易患溃疡病、癌瘤和神经官能症等。

谋求开朗的方法众多，主要有节制、疏泄和转移三法：①**节制法**就是节制情感，平衡心态，其有两个关键，即"遇事制怒"和"宠辱不惊"。怒为首害，宠辱若惊均可导致情绪激动，太过伤身。如能做到戒怒冷静和宠辱若一，并作为处世态度，那么节制情感的目的必能达到。②**疏泄者**就是疏导和发泄。当抑郁在心、消极苦闷时就要采用疏泄法。比如大哭一场，无拘无束的大喊一番，或者找诸亲好友倾诉一番，就把忧郁和苦闷疏泄出来。但不可采用不理智的疏泄行为，比如吵架、打骂等，这样会适得其反，更加抑郁，更加苦闷。③**转移法**就是分散注意力，调节情绪，用漫步散心，打球做操，唱歌跳舞，养心观鱼，书画琴棋，披林听鸟，旅游观景，操持家务，适当劳作等多种方法，脱离刺激因素和环境，升华情趣，以取豁达明快、无忧无愁之效。

总之，**神怡乐观是健身的要素，长寿的法宝，养生的首义**。

73.紧扣"五环"进入"起居有常"境界

《素问·上古天真论》云："起居有常，不妄作劳。故能形与神俱，而尽终其天年，度百

岁乃去。"说明合理安排起居作息是养生学的重要内容,同长寿术密切相关。如何进入"起居有常"的境界?要抓好五个环节:

(1)"劳逸结合,规律作息"

人体的生命活动都遵循着一定的周期或节律而展开,每个周期又分旺盛和衰退两个阶段,称之为"生物钟"。作息规律,定时劳作,定时寝息,能使大脑皮层在人体内的调节活动形成有规律的条件反射,使"生物钟"顺序运转,适应力不断提高,成为健康长寿的要诀之一。

在安排作息时,尤其要注意"劳"和"逸"、"动"和"静"的结合。适当劳作运动有利于活动筋骨,通畅气血,益智防衰。贪逸不劳,则诸疾丛生。《黄帝内经》早有告诫:"久卧伤气"、"久坐伤肉"。

如何调度劳逸,应视个人的具体情况而定,一般可取两种方式:一是**静动兼修**。体力劳动时要轻重搭配,量力而行。脑力劳动时应适时穿插体育锻炼,或操持家务,以利调节脑力。二是**寓静于动**。逸的方式并非静式睡眠一种,更佳的方式是采用动式休息,如赋诗作画、琴棋聊天、观景钓鱼等,转移脑力,消除疲劳,既可娱乐身心,又能休息大脑,一举而两得。

(2)"日入而息,充足睡眠"

人生约有1/3的时间是在睡眠中度过的,可以说睡眠与生存同等重要。故历代都十分重视睡眠养生。注重于时间、姿势与环境。

睡眠时间老人不宜少于10小时,年轻人不宜少于8小时,而且应有睡意就枕,不必强打精神。古人主张:"子午觉",子时即深夜0点至4点,午时即中午12点至1点。此时人体器官的功率最低,交感神经最疲劳,宜应入睡,老人更应睡子午觉以颐养天年。

天时四季有生长收藏的规律,故睡眠时间还需随季节而调整,一般春夏宜晚睡早起,秋季宜早睡早起,冬季宜早睡晚起。

睡眠姿势与健康也有关系。古今中外的养生学家都提醒勿取头北足南而卧,这种卧向的人,心肌梗死和脑血栓的发病率都会明显增高。**最佳卧向为"头宜向东"**。睡姿而言,不宜仰卧、俯卧和左侧卧。**以右侧卧,"卧如弓"最好**。此种卧位,心脏受压最小,利于减轻其负担,增加心排出量。肝脏处于最低位,藏血量多,可加强食物的消化和物质的代谢。胃及十二指肠的出口均处于下方,利于肠胃的排空。当然人卧一夜不可能卧姿不变,这里仅指入睡时的卧姿和尽可能注意取右侧卧而言。

睡眠环境应取恬淡宁静,空气新鲜处,必须关灯,室温20℃,湿度40%为宜。睡前不能饱食或饥饿,不宜大量饮水、浓茶和咖啡,更不宜过量烟酒或七情偏激。睡前读书思虑,睡后恋床不起都是不良习惯,对健康无益。

睡床不宜高也不宜硬。以下床伸脚着鞋为度,用软床铺硬板的方式达到软硬适中的要求。枕高以稍低于肩到同侧颈部距离为宜,宽不过20cm,需长枕为优,枕芯选用菊

花、茶叶、决明子则更佳。

(3)"腑中常清,通利两便"

人体代谢产生的废物,通过两便而排泄。衰老的原因之一是机体的自身慢性中毒,所以两便的通利也是防病延年的重要条件。

要养成定时排便的习惯。以睡前或晨起最佳。排便要顺其自然,**"有便不能忍,大便不强挣"**。忍便不解使粪便毒素被肠黏膜吸收,危害机体。强挣努啧增高腹压、升高血压乃诱发脑中风和心肌梗死,而且酿成痔瘘。易患便秘者,可多食香蕉、芝麻,或以菊花、草决明泡茶,或做腹部按摩法。

苏东坡在《养生杂记》中说:**"要长生,小便清"**。保证小便的清利,重在调摄饮食,做到少食勿饱,素食清淡,食久后饮,饮必待渴。这里介绍三种按摩引尿法。

1)壮肾提肛:睡前或晨起,卧位,舌抵上腭,目视头顶,调匀呼吸,吸气时提肛,呼气时放松,漱津咽下,连做9~27次。

2)端坐摩腰:端坐位,两手置腰部,上下推搓,由腰至尾骶90次左右,腰背部发热为佳。

3)仰卧摩腹:仰卧位,调匀呼吸,两掌搓热置于下腹部,由两侧推向中央,各作9~27次。

(4)"顺应四时,舒适置装"

服装顺时适体,在保健中常常被忽视。置装对祛病健身也是直接相关。一般春秋季节,气候温和。选择透气性和吸湿性适中的衣料为宜,如化纤纺织品。夏季炎热要选吸湿、散湿、透气性强的浅色衣料,如真丝绸和麻织品。冬季寒冷要选透气性小、保温性好的衣料,如毛绒织品。应强调"量体裁衣",着装不能过于肥大或襟袖过长而行动不便,更不能紧身过瘦,影响气血流畅,以柔软宽松为宜。

还要根据四时气候变异,及时更换衣着。俗语讲:"春捂秋冻",春季宁可稍暖,特别宜减衣不减裤,以助阳气的升发。秋季则可稍凉。夏季最忌赤膊,要以背心护胸防风。冬季着衣应"以渐加厚",不可一加便多。切忌过暖过寒,"要慎于脱着"。汗出之时既忌骤然脱衣,又不宜湿衣久穿。骤脱易致半身不遂,久穿易患风湿痹证。总之着衣以舒适为要。

(5)"舒筋活血,勤于沐浴"

沐浴为雅称,沐指洗头,浴指浴身。沐浴是利用水、阳光、空气、泥沙等天然物理因素,达到防病健身的目的。古人认为沐浴有祛风除湿,行气活血,舒筋活络,振奋精神,调和阴阳的作用。现代研究也证实,沐浴可促进人体的体温调节,改善血液循环和神经系统的功能,加速新陈代谢,利于强身健体,益寿延年。

74. 美发五要

“发为血之余”，美发是人们追求美学及提高生活质量的重要内容之一。美发包括乌发和生发两个含义。形成白发和脱发的原因不外乎血虚和血热两类。血虚者养血为要，内服杞菊地黄汤，以何首乌、桑椹、黄精、生地、枸杞子为主；血热者凉血为要，内服丹栀逍遥散，以丹皮、栀子、菊花、桑白皮、赤芍为主。乌发、生发系“慢功”，并非几副汤药所能解决者，应以汤药垫底，连服1个月左右，再以对证有效的汤药改配丸剂以缓图巩固疗效，一般疗程均在3个月以上。还可配以慈禧医方，取榧子3个，核桃2个，侧柏叶30g，捣烂，浸泡雪水内，用浸液洗发。此乃美发的第一要也。其余四要分别为：

1）“发宜多洗”。发宜及时清洗，以保持清洁滋润，但不宜过多、过勤，以防洗去保护头发的皮脂，那样反而会缩短头发的寿命。一般洗头，干性头发15天一洗，油性头发7天一洗，中性头发10天一洗。干性、中性头发用脂性香波，油性头发用硫磺香皂。水温以37～38℃最佳。

2）“烫发不宜”。烫发和染发时，由于化学电热的刺激常使头发变黄脆断，特别是干性头发更易损伤，故要避免烫发。实在避免不了也切记勿过勤，最多半年烫发、染发一次，尽量减少烫发、染发的损害。

3）“饮食健发”。白发和脱发皆系头发的早衰所致。如选用防止早衰的饮食，同时可以健发，提倡多进健发饮食，特别如黑芝麻、核桃仁、鲜奶及奶制品、豆类及豆制品、鱼类、禽蛋、粗粮、绿色蔬菜、猕猴桃、椰子、菜子油等。

4）“起居护发”。起居习惯不良，如睡懒觉、熬夜、烟酒过量、好逸不动、膏粱厚味等等，均可损害健康同时损伤头发。为了健康和护发，应当强调起居的规律和良好的习惯，如早睡早起，适量活动，戒烟少酒，清淡饮食，注意食谱搭配，不要偏食，特别注意不要过食辛辣，要保持大便通畅，养成定时排便等等。

75. 房事适度和强肾六法

房事不节造成伤身折寿，人所共知。据历史资料统计：古代能查出生卒年龄的皇帝共计209人，其平均年龄仅39岁。这同皇帝的三宫六院、房事不节有密切的关系。而清代的乾隆皇帝高寿88岁，成为长寿皇帝，这同他“远房事习武艺”的生活习惯密切相关。国内外的长寿老人的调查也发现，他们大多对房事都有严格而规律的节制。纵欲常常是脑中风、心肌梗死等老年病复发加重的主要诱因，这已被医学界所公认。但“禁欲”，特别是老年人禁欲也会损害健康，影响长寿。国内曾对广西巴马县的长寿老人作过性生活的调查，发现他们和谐稳定的夫妻生活都保持得较长。正常的房事可疏散心情的忧郁和精神的压力而添福增寿。

房事的关键在于适度。此“度”如何掌握？《素女经》认为：“年五十者，二十一日一

泄，年六十者，即当闭经，勿复更泄也，若体力犹壮者，一月一泄。”但房事次数并没有统一的标准和规定的限制。应当根据体质年龄等因素灵活掌握，一般**以第二天不觉疲劳，身心舒适，精神愉快为适度**。行房时要注意三忌：**一忌酒醉**。酒醉交欢，常会伤肾耗精，其害无穷。**二忌激情**。情志剧变，气血逆乱，强行入房，必致积劳成疾。**三忌春药**。春药者常奏烈性之效，痛快一时，后患无穷，决不能图快于一时，遗害一生。当然组方合理的补肾壮阳药，助君一臂之力则不在此列。

常练强肾保精六个功法，对行房，对健身，对延年均其益无比。

1）叩齿提肛：每日晨起卧位叩齿百次，然后舌舔上腭齿龈，含漱津液，频频咽下并意送丹田，往返百次。再于吸气时收肛，呼气时松肛，一收一松为 1 次，连续 50 次。此法益精清降，提高性功能，可治阳痿、早泄等性功能障碍。

2）搓摩涌泉：取坐位，双掌互相搓热，分别紧贴足跟内侧，沿距小腿关节至三阴交穴，往返搓摩 30 次，然后用手掌分别搓摩足心涌泉穴各百次，并意守涌泉。此法交通心肾，防治遗精、早泄和性冷淡。

3）双掌摩腰：取坐位，双掌分别贴于后腰肾俞穴，并以中指点压命门穴，再从上向下摩腰百次并意守命门穴。此法温肾摄精，防治阳痿、早泄和腰痠膝软。

4）疏通任督：取仰卧屈膝位，一手扶小腹，另一手中指点压神阙穴 50 次，换手再做 50 次，然后一手扶小腹，另一手搓尾闾 50 次，换手再做 50 次。然后双掌重叠压在会阴穴上，正反方向各揉按 50 圈，最后双手掌重叠压在小腹部，正反方向各揉按 50 圈。此法调节任督脉，防治泌尿生殖器的各种疾患。

5）男子固精：取仰卧屈膝位，双掌互相搓热，一手扶小腹，另一手上下提兜阴囊百次，换手再做百次；然后一手扶小腹，另一手一抓一松，抓拿睾丸，连做百次，换手再做百次；然后，一手紧贴丹田，另一手握住阴茎、睾丸向上、下、左、右提拉各 50 次，换手再做 50 次；最后用两手掌夹持阴茎来回搓动百次，逐次加力。做功时要放松肌肉，意守各部位，切忌胡思乱想。此法固精养生，延年益寿，防止早衰。

6）女子固本：取坐位或仰卧位，两手分别揉乳房上、下、左、右各 50 圈，然后交叉用手指抓拿乳房，一抓一放为 1 次，连做 50 次；再以手指捏住乳头以不痛为度，一捏一放为 1 次，连做 50 次；再以手指同时把乳头向前拉长，一拉一松为 1 次，连做 50 次。此法固本抗衰，提高性欲。

上述六种功法可以单做也可综合，宜持之以恒，既可防病健身，又是切实易练的房中术，一举两得，不妨一试。

76.“女子以肝为本”同“男子以肾为本”

《灵枢·本神》曰：“肝藏血”。女性的生理特征有经、带、胎、产之变，这些均与“血”密不可分，故“女子以肝为本”，也就是说，诊治女子疾病要以肝为根本，以肝为重点，重视调肝法。《素问·灵兰秘典论》云：“肝者，将军之官，谋虑出焉。”说明肝者气勇善怒，犹如

将军，运筹策划，谋虑所出，常致气滞证或称郁证。调肝治郁之始见于《素问·六元正纪大论》，创“木郁达之”说。完整于朱震亨，有“六郁”之论，组建名方“越鞠丸”，以香附解气郁，川芎解血郁，苍术解痰郁、湿郁，栀子解热郁，神曲解食郁。后世各家大加拓展，可总括九法：

1）肝气郁结：胸脘腹胁胀满作痛，情绪改变，月经不调，苔薄腻，脉象弦。治以疏肝理气法，投四逆散，以柴胡、枳壳疏肝，白芍、甘草和血。

2）气郁化火：肝郁证兼见性躁易怒，口干而苦，头疼目赤，苔黄质红，脉象弦数。治以清肝解郁法，投丹栀逍遥散，以丹皮、栀子清肝，柴胡、当归、白芍解郁，白术、云苓扶土。

3）气滞痰郁：兼见梅核气，胸闷头重，苔白腻，脉弦滑。治以理气祛痰法，投半夏厚朴汤，以厚朴、苏梗理气，二陈、生姜祛痰。

4）气滞湿郁：兼见脘满纳呆，呕恶腹泻，苔黄腻，脉滑数。治以理气化湿法，投半夏泻心汤，以半夏、干姜辛开，黄连、黄芩苦降，人参、大枣、甘草扶土。

5）气滞血郁：疼痛明显，心悸胸憋，舌紫斑，脉不畅。治以理气活血法，投柴胡疏肝散，以柴胡、枳壳、香附理气，川芎、赤芍活血。

6）气滞食郁：兼见脘腹胀痛拒按，厌食嗳腐，苔厚腻，脉滑实。治以理气消导法，投保和丸，以莱菔子、神曲、山楂消导，二陈化痰，连翘清热。

7）忧郁伤神：精神恍惚，心神不宁，悲忧欠伸，苔薄白，舌质淡，脉弦细。治以养心解郁法，投甘麦大枣汤，以浮小麦、大枣养心，甘草缓中。

8）忧郁伤脾：多思善虑，心悸胆怯，失眠纳差，苔白质淡，脉象沉细。治以健脾解郁法，投归脾汤，以四君健脾，当归养血，木香解郁，枣仁、远志、龙眼肉宁神。

9）忧郁伤阴：五心烦热，易怒少寐，腰痠膝软，月经不调，苔净质红，脉象细数。治以滋阴解郁法，投滋水清肝饮，以六味滋阴，柴胡、丹皮、栀子解郁。

从临床实际而言，调肝解郁，有四条提高疗效之策：

1）**要抓气郁**。虽有气、血、痰、湿、热、食六郁之别，然只有气滞方有其余五郁之生，故郁证以气滞为主，以肝为本，治重疏肝理气，所谓“木郁达之”，尤以柴胡为治郁主药。具体的“木郁达之”取六则：①疏肝用于肝郁，以柴胡、香附、枳壳、木香、郁金为主药。②平肝用于肝阳，以川芎、天麻、钩藤、草决明、珍珠母为主药。③柔肝用于肝虚，以当归、白芍、首乌、黄精为主药。④清肝用于肝热，以丹皮、栀子、黄芩、夏枯草、川楝子为主药。⑤泻肝用于肝火，以龙胆草、大黄、黄柏、青黛为主药。⑥温肝用于肝寒，以乌药、茴香、沉香、吴茱萸、肉桂为主药。

2）**分辨虚实**。气滞见胀，投以疏肝理气这是常法，但还应分辨虚实，掌握变法。辨虚之关键在于舌象，如苔腻舌紫属气滞为实，以逍遥散为主方。应有二佐：一佐活血之品，如丹参、苏木、红花、川芎、牛膝、郁金；二佐和胃之品，如温胆汤。如苔薄质淡，属气损为虚，以香砂六君为主方，亦应佐益火生土之品，如菟丝子、补骨脂、鹿角霜、仙灵脾、肉苁蓉，此乃“塞因塞用”，不少虚胀取此法奏效。

3) **初实久虚**。郁证初起以实证为主,表现气滞证,但日久常能致虚。一为伤神,"悲哀愁忧则心动",主要伤心血,心失所养,神失所舍而心神不宁,宜佐养心宁神药,主药炒枣仁、柏子仁、云苓、当归、夜交藤;二为伤脾,木郁克土,既伤心血,又损脾气,以致气血两亏而悸怯纳差,宜佐健脾养心药,主药山药、菖蒲、琥珀、百合。三为伤阴。木郁水亏,既伤肾阴又动虚火,宜佐壮水制火药,主药知母、龟板、牡蛎、杜仲、牛膝、女贞子、枸杞子、菊花。以上虽见虚象,但仍以木郁为主,故理虚之方中不可不加解郁之品,但理气药多香燥易伤正,应投和平之品如木香、香附、菖蒲、郁金、陈皮、佛手等。

4) **注意联系**。病因上,气郁可致痰凝,加祛痰的法半夏、生姜、竹茹、瓜蒌、贝母、胆星。气郁可致血瘀,加活血的归尾、川芎、丹参、苏木、红花。气郁可致火炎,加清肝的龙胆草、丹皮、栀子、黄芩。气郁可致湿阻,加化湿的二陈、木香、车前草、藿梗。气郁可致食停,加消导的焦三仙、莱菔子、鸡内金。气郁可伤心神,加宁神的炒枣仁、柏子仁、琥珀、云苓、夜交藤。气郁可伤脾运,加健脾的参类、白术、山药、云苓。气郁可伤肾阴,加滋阴的生地、山药、泽泻、知母、杜仲、女贞子、枸杞子、菊花。脏腑上,注意木郁克土。一是影响胃纳,造成肝滞胃逆,治以舒肝和胃法,投左金丸;二是影响脾运,造成肝脾不调,肝郁脾湿者用抑木扶土的逍遥散,肝郁脾虚的用扶土抑木的香砂六君。注意木火刑金造成肺阴不足,治以清肝润肺,用黛蛤散、丹栀逍遥、百合固金。注意肝胆湿热造成中下焦湿阻,治以泻肝利湿,用龙胆泻肝汤。

《灵枢·本神》曰:"肾藏精",男性的生理规律有生、长、壮、老、衰之序,这些均与"精"有关联,故"男子以肾为本"。也就是说诊治男子疾患要以肾为本,以肾为重点,重视调肾法。《素问·灵兰秘典论》云:"肾者,作强之官,伎巧出焉。"说明肾者,男女媾精,鼓气鼓力,犹如作强之官,造化生人,技巧所出,常致生殖生育之病变,有阳痿、早泄、遗精、不育诸证。调肾壮阳法始于《内经》,《素问·阴阳应象大论》云:"形不足者,温之以气。"《素问·至真要大论》云:"劳者温之"。出第一方者为张仲景,所用金匮肾气丸。而较完整地以温补立论者要数张介宾,《景岳全书》云:"天之大宝,只此一丸红日,人之大宝,只此一息真阳。"故力主温补壮阳,创右归丸培肾之元阳,右归饮治命门之阳衰。而且根据阴阳互根学说,倡导"善补阳者必于阴中求阳"。朱震亨则主张"人之一身,阴不足而阳有余"(《丹溪心法》),阴不足指肾之阴精亏损,阳有余指肝肾相火妄动,力主"以滋阴降火为首要"。

归纳调肾之法,大致有"滋补肾阴"、"滋阴降火"、"滋阴潜阳"、"交通心肾"、"补益肾精"、"补肾固摄"、"补肾纳气"、"温补肾阳"等。详情可参见本篇77条和78条。

77."先天之本"的临床价值

"先天之本在肾",语出《医宗必读》。先天者指人体受胎时的胎元,也就是男女媾精的精气,或称"先天之精",说明肾为生殖发育之源。所谓的"禀赋",这是基因组分的雏形,与"先天之精"相对。肾还藏"后天之精",也即五脏六腑所化生的精气,这是滋养脏

腑肢体各部，维持人体生命、生长、发育的基础物质，也就是能源所在。前人有肾为“水火之脏”的称谓，肾既有肾水，又称真水、肾阴、元阴、真阴，是肾脏功能活动的物质基础。肾还有肾阳，又称真火、元阳、真阳，是肾脏功能活动的动力。肾阴和肾阳相互依附为用，成为人体的生命之源。

“先天之本”的临床价值有两部分：

1)“先天之精”。凡婴儿出生后发育方面的障碍，如“五迟”(站立、行走、长发、生齿、说话均比正常儿童要晚)、“五软”(头项、口、手、足、肌肉均痿软无力)、“解颅”(前囟宽大，头缝裂开不合)等等，均与先天之精不足有关。治疗上当以补肾为主，如用补骨脂、二至丸、鹿角霜、六味地黄丸等，而在妊娠时要多食木耳、枸杞子、核桃、山药、首乌之物，有利于补充“先天之精”。

2)“后天之精”。此为肾脏重要而广泛的功能，也是有关功能失调从肾论治而获效的道理所在。这方面的临床应用主要有：“肾主生殖”。男女生殖器官的发育成熟及其生殖能力均赖肾气的充实，如生殖异常可用蛇床子、女贞子、川断、仙灵脾、菟丝子、黄精、补骨脂、山药等补肾气，调阴阳诸药。

“肾主骨生髓”。“肾生骨髓”、“齿为骨之余”。凡骨、齿、髓之病变重在补肾，投生地、川断、补骨脂、鹿茸、益智仁、骨碎补、狗脊、桑寄生、牛膝、冬虫夏草之类。

“肾主水”。对调节体内水液代谢平衡起着重要作用。水液的输布主要靠肺的华盖、脾的健运和肾的蒸化。“肾与膀胱相表里”，水液的潴留、分布和排泄也要靠肾的“开阖作用”，故有水肿等水液代谢异常的病证，也要投补肾药为主，如黄柏、知母、桂枝、附片、川椒、泽泻、云苓等。

“肾主纳气”。肺虽然主呼吸，但肾能摄纳肺气，咳喘患者特别是老年患者常伴肾亏表现，称为肾不纳气。此时单纯肃降肺气疗效平平，如加入补肾纳气的金匮肾气丸、补骨脂、巴戟肉、蛇床子、牛膝、川断、蛤蚧、胡桃、温肭脐等，再配以降肺的紫菀、川贝则疗效会明显提高。

“肾主伎巧”，“肾藏志”。伎巧者精巧灵敏，志者专意不移。肾的这种功能是精神活动的一种表现，临床凡见精神不振，动作迟缓，精巧迟钝，健忘失眠者投以补肾宁神药，如鹿茸、灵芝、黄精、首乌、阿胶、龙眼肉、桑椹、枸杞子、益智仁、菟丝子、生地等等，常能获效。

“肾气通于耳”，“在窍为耳”。耳疾如耳鸣、耳聋补肾开窍有效，投生地、阿胶、菖蒲、蝉衣或杞菊地黄、知柏地黄之类。

“其华在发”。白发、脱发，尤其中老年人，常投补肾生发，最典型的是常服用首乌，配以黄精、当归、阿胶，名方有“七宝美髯丹”，均以补肾为主。

“开窍于二阴”。前阴指尿道，后阴指肛门。说明两便与肾有关。小便不利、尿频尿痛可用滋肾通关丸(知母、黄柏、肉桂)，大便秘结可投肉苁蓉，均是二便异常从肾论治的例证。

总之“先天之本”有重要的临床价值，五脏六腑中肾也应成为“大主”。

78. 命门实为“生命之门”

“命门”是脏腑学说的重要组成。在五脏中心、肝、脾均为单一脏器，惟独肺和肾为双个，故《难经·三十六难》曰：“肾两者，非皆属也，其左者为肾，右者为命门。命门者，诸神精之所舍，原气之所系也，故男子以藏精，女子以系胞。”但实际上两肾从外形到结构均无差异，故虞抟在《医学正传》中反对此论，主张两肾“总号为命门”，“乃肾间动气”，即两肾产生的人体动力之源，也就是命门之火，藏于肾的水脏中之火，先天的真气，自下而上与后天的胃气相接，生生不息，生命不止。《医学正传》中对命门的论述较切实际。明·赵献可著《医贯》，倡导命门学说，认为人身之主非心，而是命门；命门之火为人体之根本，关系到人体生机之盛衰，保养命门之火应贯穿于养生和医疗的全过程并对水火阴阳详加辨析，但其治单一，只以八味丸养火，六味丸养水。颇遭清代徐大椿之非议，徐大椿专著《医贯砭》，对《医贯》逐段加以评论批判，认为不能拘泥于一、二张补肾方剂而偏驳，应当辨证论治，因人因证而异。但《医贯》仍不失为命门学说的重要参考医籍。

“命门”还有三种称谓。一是《针灸甲乙经》属督脉的经穴名，位于第二、三腰椎棘突之间，别名精宫，属累，专治腰痠、阳痿、遗精、月经不调、慢性腹泻、下肢麻痹等。二是《针灸甲乙经》定为石门穴的别名，又称利机、精露、丹田，属任脉，为三焦募穴，脐下 2 寸正中线上，主治小腹痛、月经不调、尿潴留、腹泻等。三是《灵枢·根结》篇，指睛明穴的别称：“太阳根于至阴，结于命门。命门者，目也。”

“命门”的功能归结三种：

1) 命门是元气的根本，肾的功能的体现，维持生命的要素，人体能源的发生地。这个功能主要是命门之火，简称命火。脏腑有命火的温养，方能发挥正常的功能，特别是脾胃必须有命火的温煦方能健运纳谷。命火是生命的本元之火，寓于肾水之中，是人体性功能和生殖能力之本。当“命门火衰”时就会出现身寒，怕冷，腰痠腿软，阳痿遗精，夜尿频多，甚则精神萎靡，晨泄浮肿，背凉虚汗，苔薄白质淡胖，脉沉细微等种种虚衰证候。临证宜投温阳壮火之品，如金匮肾气丸、鹿茸、仙灵脾、附桂、巴戟、蛇床子等等。反过来“命门火旺”时常常表现为肝肾阴亏而相火妄动，此时的病态有两个方面：一则肝火上炎而见眩晕头痛，目糊耳鸣，面部烘热，急躁易怒，失眠多梦，苔黄质红，脉弦细数；二则肾的虚火内灼而见五心烦热，腰背胫跟痠楚乏力，性功能亢进，遗精早泄，苔净质红，脉象细数，临证当施滋阴清降之品，如知柏地黄、杞菊地黄、二至丸、生地、麦冬、玄参、龟甲、银柴胡等等。

2) 命门能帮助三焦的气化。三焦即上焦、中焦和下焦，是六腑之一。从部位讲，上焦指胸膈以上部位，包含心肺；中焦指膈下脐上部位，包含脾胃；下焦指脐以下部位，包括肝肾、膀胱、大小肠。从功能讲，《灵枢·营卫生会》云：“上焦如雾”，心肺的输布；“中焦如沤”，脾胃的消化转输；“下焦如渎”，肾与膀胱的排尿、大小肠的排便。综合三焦的功能就是：纳谷消化，化生气血精微，输送营养，排出废物。三焦的这些功能全赖命火的蒸

化，故“焦”者热之意，通过气化而热源于命火也。

3）命门有纳气作用。肺气不降，咳喘不止，责之于肾不纳气，用温补命门之品，达到纳气定喘之效，特别是用蛤蚧、胡桃、胎盘、补骨脂等治疗老年顽固性哮喘，临床有效之例不在少数。

“命门”即为肾阳，“命门之火”是肾阳的功能体现，人体生命活力的根本，维护生命活动的要素，故“命门”实为“生命之门”，并非虚言。

79.“心包络”与急症

心包络是心脏的外膜，附有络脉，是气血的通道，简称心包。它是心的外卫，有保护心脏的作用，能代心受邪。正如《灵枢·邪客》所云：“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也，其脏坚固，邪弗能客也，客之则伤心，心伤则神去，神去则死矣。故诸邪之在于心者，皆在于心包络。”

清·叶天士述《温热论》云：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。”说明温邪袭人，由口鼻或肌表而入，首先袭肺或壅肺，产生卫分证或上焦证，如果逆传心包，相当于营分证，系温病的末期阶段，证情已经危重，也就是产生了灼阴扰神的证候，如见高热夜甚，神昏谵语，斑疹隐现，舌红绛脉细数，甚至厥逆抽搐。逆传心包还有一个突出的证候即“痰热内闭”，更见喉鸣，舌强苔腻。故心包络受邪与急症密切相关，是急症的重要病机。逆传心包或称热入心包，现代的多种传染性疾病如流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎以及败血症、中毒性菌痢、猩红热、肝昏迷等均可包含其中。

逆传心包的治法当透热转气，清心开窍。其主方为《温病条辨》的清营汤，其中清营透热用犀角，近以水牛角粉 3g 代用、生地 10g、麦冬 10g、玄参 10g、丹参 15g、川连 10g，清心转气用竹叶 10g、连翘 10g、银花 10g、莲芯 3g。开窍则用安宫牛黄、紫雪丹、至宝丹“三宝”。详见“方药篇”。

近代为提高抢救成功率，经剂型改革，创新多种注射液。

1）清开灵：由牛黄、水牛角、黄芩、金银花、栀子等组成，功能清热解毒，化痰通络，醒神开窍。用于热病神昏、肝炎、肺炎、上感以及中风等病证。可每天 20～40ml 稀释后静滴。

2）醒脑静：由麝香、冰片、栀子、郁金等组成，功能苏醒止痉。用于流脑、乙脑、肝昏迷、神经系统感染引发的昏迷抽搐以及中毒性脑病。每天 4～20ml 稀释后静注、静滴均可。

还有不少口服制剂：

1）安脑丸：由水牛角、人工牛黄、珍珠、黄连、黄芩、冰片等组成。功能清热解毒，醒脑安神，豁痰开窍，镇惊熄风。治疗高热神昏，中风窍闭，抽搐痉厥。口服 1～2 丸（每丸 3g），1 天 2 次。

2）新雪丹：由石膏、牛黄、冰片、穿心莲、芒硝、寒水石、栀子、竹叶卷心等组成。功

能清热泻火，凉血解毒，开窍宁神。治疗气营两燔，热入心包的高热神昏，烦躁不安。每次 1 瓶(1.5g)，每天 2 次。

3) 瓜霜退热灵：由羚羊角粉、麝香、冰片、西瓜霜、磁石、玄参、沉香、甘草等组成。功能清热解毒，开窍镇静。治疗高热惊厥抽搐。每次 4～6 粒(每粒 0.3g)，每天 3～4 次。

80. 六淫致病说

六淫致病有四个特性：季节性、感受性、复杂性和转化性。

季节性：风、寒、暑、湿、燥、火是自然界正常的六种不同气候变化，统称“六气”。如果这些气候发生异常，人体又不能适应这些异常变化，便引发疾病，此时的“六气”便称为“六淫”，所谓的“六气淫胜”。一般讲，春季多风病，夏季多暑病，夏秋之交称长夏，多湿病，秋季多燥病，冬季多寒病。

感受性：六淫侵袭取两个途径：一是从皮毛而入，一是从口鼻而入，或两个途径同时受邪，统称为“外感病”。六淫致病的感受性也包含现代的一些传染病在内，中医称为“毒气”、“疠气”。

复杂性：六淫可以单独致病，但常常两种以上同时侵袭，如风寒或风热感冒；湿热或寒湿泄泻；风寒湿或风热湿痹证等等。可以是外来的异常气候变化，也可以是内生的脏腑病理变化，六淫除暑以外都有内外之分，除共同的特性外，两者均可互相影响。如内风外风都有游走性和发病急、变化快的特性；内湿外湿都有肢体沉重的特性；表阳不固，易受寒邪；外湿困脾可以引动内湿等。内生的五淫也可在没有外邪侵袭的情况下，脏腑本身功能失调所生，外来的六淫又可由于体质的不同所表现的证候、病程、转归而有所差异。故六淫致病相当复杂。

转化性：六淫致病既可互相影响，更能互相转化，如风寒发展可以化热而现高热不退；湿邪日久也可化热而成湿热黄疸；暑邪可化燥伤阴而见口渴舌红；热极又可生风，发生抽搐。

现分别以六淫的性质和病证概述如下：

(1) 风邪

春季多风邪，故多风病。汗出当风，迎风而卧是感受风邪的重要原因。

1) 性质：①百病之长。外邪致病以风邪为先导，诸邪均依附于风而侵犯人体，所以风成为外感病因的总称，被古人列作首因。《素问·风论》“风者，百病之长也。”②升发开泄。具有向上、向外的特点，故属阳邪。风邪伤人易犯头面、肌表而见头痛，鼻塞，出汗，恶风诸证。《素问·太阴阳明论》：“伤于风者，上先受之。”③善行数变。善行者游走性，无定处。数变者变化无常，发展迅速。如行痹之善行，卒中之数变。《素问·风论》“风者，善行而数变。”④主动强直。动摇强直一类的症状也属风的病变。《素问·阴阳应象

大论》:“风胜则动。”《素问·至真要大论》:“诸暴强直,皆属于风。”

2)病证:①外风主症:恶风,发热,脉浮;②外风兼证:风寒:恶风重,发热轻,咳痰清稀,无汗鼻塞,骨节痛楚,苔薄白,脉浮紧;风热:恶风轻,发热重,咳痰稠黏,出汗头痛,咽痛口渴,苔薄黄,脉浮数;风湿:浸渍皮肤:肤癣、湿疹、风疹、风水;流窜经络:行痹风湿、口眼㖞斜;③内风主症:发病卒然,动摇症状(眩晕、震颤、抽搐、强直、昏迷);④内风兼证:肝阳化风:眩晕,卒中,实则痰火并发,虚则肝肾阴亏,如高血压中风;热极生风:高热,昏迷,惊厥,抽搐,如小儿高热、小儿乙脑,血虚生风:目糊,四肢麻木颤动,舌淡脉细,如电解质紊乱。

总之,风性犯表,善动善变,属阳邪;外风多兼证,属邪侵肌表,可见于伤风感冒、某些传染病初期、慢性风湿性关节炎、皮肤病、水肿病、面神经麻痹等;内风多与肝、心、肾的病变有关,涉及筋、目、精神的异常,可见于神经系统的一些疾病及脑血管疾患。

(2)寒邪

冬季多寒邪,故多寒病。严冬衣着单薄,冒风顶雪,或汗出贪凉都易感受寒邪。

1)性质:①易伤阳气,属阴邪。外寒侵袭肌表则卫阳被郁,如直中脾胃,则脾阳受损;内寒所生又系脾肾阳虚,温运无力,阳气不足,则寒证发生(机体的生理功能和代谢活动低下)。《素问·阴阳应象大论》:“阴胜则寒”、“阴胜则阳病”。②寒性收引。寒侵肌表可使毛窍收缩,无汗身痛;寒客经络可使筋脉拘挛,关节不利,如类风湿性关节炎(寒痹)。《素问·举痛论》:“寒则气收。”③寒性凝滞。阴寒偏盛,阳气就不能振奋,经脉气血凝闭阻滞而致痛,如痛经、闭经(宫寒)。《素问·举痛论》:“寒气入经……泣而不行,……故卒然而痛。”④寒邪由表入里,易于化热。

2)病证:①外寒主症:恶寒发热,咳痰稀薄,无汗头痛,苔薄白,脉浮紧。即风寒证,又名“伤寒”。②外寒变证:痛痹:寒伤经络筋骨,关节冷痛或拘急不利,得热则缓,又名“寒痹”;中寒:寒伤脾胃,腹痛吐泻,四肢不温,苔白滑,脉沉迟;天气大寒,突然战栗,面青身冷,手足挛急或昏迷僵直,脉象沉伏;③内寒主证:心阳不足:胸憋心痛,面青唇紫;脾阳不足:腹胀食少,下利清谷;肾阳不足:腰凉尿频,阳痿带下;肺阳不足:气短自汗,咳喘清涎;肝寒:下行则寒疝,上逆则呕吐,巅顶痛。

总之,寒性收引凝滞,易伤阳气,属阴邪,多见痛证、虚寒证。外寒客于肌表叫“伤寒”,直中脏腑叫“中寒”,可见于感冒、某些感染性疾病初期、关节炎、急性胃肠炎、小儿消化不良。内寒生于阳气不足,以脾肾为主,涉及心、肺、肝,可见于慢性病后,自主神经功能紊乱,机体生理功能、代谢活动低下时。内寒、外寒虽有区别,但又关联。外寒侵表,积久不散,损伤阳气而生内寒。阳虚内寒之人又易感外寒。

(3)暑邪

惟在夏季才有暑邪。盛夏烈日当头,露天作业或室内闷热,通风不良,均易感受暑邪。

1）性质：①易伤津耗气。暑性升散，腠理开而多汗，气随津泄而虚，故暑邪为病常有气阴两虚症状；②暑为火热所化，属阳邪，见热证，且多夹湿（一则长夏多雨潮湿，二则此时人们喜食生冷）。

2）病证：①伤暑主症：高热，烦渴，汗多，苔腻，脉洪。②伤暑兼证：暑热：头痛，尿赤，苔黄，脉数；暑湿：寒热阵发，身倦肢困，胸闷呕恶，纳呆腹泻，苔白脉滑；③中暑证：轻则头晕恶心，胸闷难舒，重则突然昏倒，喘渴冷汗，手足发冷，脉沉小数。

总之，暑邪属热，易伤津耗气，多夹湿；暑邪纯属外暑，无内暑。外暑分伤暑和中暑。前者可见于暑天感冒、急性胃肠炎、某些感染性疾病，后者可见于中暑。

（4）湿邪

湿邪多见于夏秋之交。淋着阴雨，坐卧湿地，水中作业，汗出沾衣，都易感受湿邪。

1）性质：①黏腻停滞。一则阻碍人体气机流畅，表现固定不爽的症状，如胸满胃胀纳呆；二则病程缠绵难愈，如湿痹、湿疹；②沉重趋下。常见头身困重，四肢疲懒的表现，其病亦多在人体的下部，如白带、淋浊、下痢；③湿为阴邪，最易伤脾阳，脾阳不振，运化无权，又可使湿邪停聚，见水肿、腹水，湿邪停聚常成痰饮（临床利湿、化痰、健脾之间的关系）。

2）病证：①外湿主症：头身沉痛，四肢困倦，苔白腻，脉缓软。②外湿兼证：风湿、暑湿已见前述。寒湿：四肢浮肿，行动不便，无汗便溏，溺尿短清，脉迟且沉；湿热（脾胃、肝胆、膀胱、大肠湿热）；午后潮热，烦渴不饮，小便短赤，苔黄脉数；湿温：恶寒，发热不退，午后加重，表情淡漠，有传染性；湿痹：关节或肌肤疲沉胀麻，稍动则舒，静止加重。③内湿证：头重如裹，口黏胸满，苔腻脉滑；湿阻上焦：头胀且沉，口淡甜味，渴不多饮；湿阻中焦：腹胀痞满，嗳气纳呆，黄疸不退，便溏尿涩，苔白厚腻；湿阻下焦：足肿，淋浊，带下，下痢。

总之，湿属阴邪，黏滞重浊，易伤脾阳，聚成痰饮。故湿邪为病易反复，病程长，化湿要从健脾着眼；湿邪侵入人体，要注意其从寒化或从热化。一般脾阳素虚或过用寒凉药，如生石膏、知母者易化寒。胃热者或过用温燥药，如薏仁、厚朴者易化热。外湿可见于感暑、肌肉风湿证、类风湿关节炎。如过食生冷，酗酒太过，致脾失健运，脾虚生湿，成为内湿，可见于消化系统功能障碍。内外湿又常互关：伤于外湿，困脾不运，则湿从内生；脾阳虚损，水湿不化又易招致外湿的侵袭。

（5）燥邪

多见深秋，故秋季多燥病。久晴无雨，秋阳暴烈，气候干燥，最易感受燥邪。

1）性质：①燥邪伤肺。燥邪多由口鼻而入，故最易伤肺，而见干咳痰胶，痰中带血诸证。②燥伤津液。出现阴虚或脱水的表现，如皮肤黏膜燥裂。

2）主症：①外燥主症：鼻、唇、咽、肤干燥，干咳。②外燥分类：凉燥：恶寒多于发热，无汗头痛，气喘难平，苔白干，脉浮弦；温燥：发热有汗，口渴咽痛，咳逆胸痛，痰带血丝，

苔薄白干，边尖红，脉弦数；③内燥证：五心烦热，口渴引饮，皮肤干燥，咳痰带血，毛发干枯，尿赤便秘，舌干脉细。

总之，燥邪易伤肺，伤津液，多见阴虚内热的表现；外燥由口鼻而入，表现肺卫的症状（口鼻唇咽干燥，干咳），分为凉燥、温燥两类，多见于感冒，支气管炎等；内燥多因热盛伤津，失血过多，久病精血内夺或汗、吐、下法太过伤阴所致，表现为“津亏”、“血燥”，一派阴虚内热证。可见于营养不良，热病后期，久病体虚时。

(6) 火邪

外邪侵入都可化火，亦可直接感受，脏腑功能失调，精神刺激也可内生火邪，这是火邪的由来。

1) 性质：①火性上炎。属阳邪，多见高热，烦渴，脉数等热证；二则易扰乱神明，见神经系统症状（心烦，失眠，躁动，昏迷），三则见人体上部的症状，如口舌生疮（心火），齿龈肿痛（胃火），头痛目赤（肝火）；②耗伤津液。既可迫津外泄（汗出），又可消灼阴液；临床除见热证外还伴有燥证；③生血动风。一则“热极生风”，二则灼伤脉络，迫血妄行见血证或聚于局部，腐蚀血肉而发为痈肿疮疡。

2) 病证：①外火主症：初起发热恶风，咽喉肿痛，继而高热不寒，目赤汗多，烦渴冷饮，便结尿赤，入血则见血证，失眠，甚则动风，苔薄黄，脉浮数。②内伤火证：实火如下：心火：口舌生疮，口苦心烦，甚则神昏谵语；肝火：头痛目赤，胁满易怒；肺火：鼻腔干热，咳吐黏痰，或咳血鼻衄；胃火：齿肿出血，烦渴引饮，呕吐嘈杂；脾热：口唇赤肿，消谷善饥，弄舌不停；大肠火：便秘或下痢，便血，肛门灼热，热结旁流（稀便中夹小干粪球）；小肠火：尿痛，尿血，舌疮；膀胱热：淋浊，癃闭，尿血；③虚火如下：可见五心烦热，舌红苔净，脉象细数；心阴亏：心悸失眠；肺阴亏：干咳带血；肝阴亏：胁满眩晕；肾阴亏：腰痠腿软；脾胃阴伤：肢倦纳呆。

总之，火、热、温、暑均属同性，可以混称，如火热、温热、暑热。但同中有异，一般外邪为“热”（风热、湿热），内生为“火”。另外火还可指正气而言，如《内经》称“少火”（阳气），但太盛反伤正而成火邪，《内经》称为“壮火”。火属阳邪，其性炎上，伤阴、生风、动血，常见一派热证。火有内外之别，但主要分清虚实，实火由直接感受火邪，外邪化热转成或脏腑情志所生，其病急、病程短，以热盛证为主，可见于流感、某些传染性、感染性疾病。虚火只有内生，与内燥关系密切，其病慢、病程长，以阴虚证为主，可见于各种慢性病，如肺结核、肿瘤、神经衰弱等。

81.“痰浊”乃百病之首

“痰浊”既是病因又是病理产物。其称始见于《金匮要略》，专有《痰饮咳嗽病脉证治》篇，将痰饮合称。至《景岳全书》首先区分了痰和饮：“饮清澈而痰稠浊，饮惟停肠胃而痰无处不到。虽曰同类而实有不同也。”并提出痰浊为脏腑的病理产物：“痰即人之津

液,无非水谷之所化……若化失其正,则脏腑病,津液败而气血即成痰涎。"辨证上分清虚实两类:"痰有虚实不可不辨","脾家之痰则有虚有实","肾家之痰,则无非虚耳。"治疗上抓本:"如因风因火而生痰者,但治其风火,风火熄而痰自清也。因虚因实而生痰者,但治其虚实,虚实愈而痰自平也。"《医宗必读》主张脾失健运则生痰浊:"脾土虚湿,清者难升,浊者难降,留中滞膈,瘀而生痰。"《医贯》认为肾亏生痰:"阳虚则水湿聚痰","火衰则失运生痰","阴虚则灼津为痰。"《医门法律》则提出肺失治节也可聚痰:"肺主气,行营卫,布津液,水邪入之,则寒其气道,气凝则液聚,变成涎沫。"

综合以上五部医著的观点:

(1) 痰浊的形成

痰浊的形成在于肺脾肾三焦的水液代谢异常(肺失宣降,津液不布;脾失健运,水湿停留;肾失蒸化,水不化气;三焦不通,水气互结),加之气滞、寒凝、湿聚、火热煎熬,凝聚而成痰浊,停于三焦各部。痰浊分有形与无形,狭义与广义之别。有形狭义者即"肺为储痰之器",所指之痰别以风、热、寒、湿、燥五痰。无形广义者即"脾为生痰之源"所指之痰,分以痰迷心窍、痰蒙清阳、痰停少阳、痰凝咽喉、痰阻中焦、痰注四肢和痰窜经络七部。《丹溪心法》提出"怪病多属痰",《景岳全书》认为"痰生百病"。临床不少疑难病证、怪病从痰论治而奏效。近代由于饮食结构的改变,生活节奏的加快,竞争压力的加重,气候环境的恶化等因素,使痰浊致病率有明显的增加,因此"痰浊乃百病之首"的说法并非过分和夸大,恰恰切中临床实际。

(2) 痰浊的辨证论治

痰浊的辨证论治分**局部肺痰**(寒、热、燥、湿),**全身流痰**(痰迷心窍、痰停少阳、痰阻中焦、痰窜经络、痰注四肢)。

1) 寒痰凝肺:畏寒,清稀白沫痰,苔白脉缓。治宜温肺祛痰法,方选杏苏散(温:杏仁、苏子、前胡、桔梗、枳壳,化:二陈汤,和:生姜、大枣)。

2) 热痰袭肺:烦渴,痰黄黏有块,苔黄脉数。治宜清肺祛痰法,方选清气化痰丸(清:黄芩、瓜蒌、胆星,化:二陈汤、杏仁,行气:枳壳)。

3) 燥痰恋肺:咽干,痰难咯带血,苔燥脉细。治宜润肺祛痰法,方选百合固金汤(润:百合、二地、麦冬、当归、白芍、玄参,化:贝母,桔梗)。

4) 湿痰壅肺:胃肠证,痰多易咯,苔腻脉滑。治宜燥湿祛痰法,方选二陈汤(燥:半夏、云苓,化:陈皮、甘草)。

5) 痰迷心窍:眩晕心悸,见癫痫狂或中风昏迷,苔白腻脉沉滑。治宜涤痰开窍法,方选涤痰汤(涤:胆星、菖蒲,化:二陈汤,行气:竹茹、枳壳)。

6) 痰停少阳:往来寒热,胁满易怒,喉如物梗,苔腻质红,脉象弦滑。治宜解郁祛痰法,方选温胆汤(清:竹茹、枳壳,化:二陈汤)。

7) 痰阻中焦:胸脘堵闷,嘈杂不饥,肢体沉重,苔白腻,脉象滑。治宜苦温燥湿法,

方选平胃散(燥:苍术、川朴,和胃:陈皮、生姜、甘草、大枣)。

8) 痰窜经络:瘰疬痰核,阴疽流注,苔腻脉弦。治宜软坚祛痰法,方选消瘰丸(软:生牡蛎,化:玄参、贝母)。

9) 痰注四肢:麻木偏瘫,苔腻脉滑。治宜通络祛痰法,方选补阳还五汤(补:生芪,通:地龙、桃红四物,化:僵蚕、二陈汤)。

(3) 提高祛除痰浊疗效的四条经验

1) **辨有形痰的寒热**:局部肺痰主要辨清寒热,直接关系到用药的药性。寒痰宜温肺,热痰要清肺,治疗截然不同。辨痰寒热的传统经验是以痰色来分,白痰为寒,黄痰属热。但在临床绝非如此,有时白黏痰用温肺药后,反而痰恋咳重,病情发展而改投清肺之品则获得缓解。因此辨痰寒热的关键不在色而在质。一般稀薄为寒,黏稠属热,痰色仅供参考。治痰不离三子养亲汤,视寒热之别而变化加减。寒痰用苏子、莱菔子和白芥子,热痰用苏子、莱菔子和葶苈子。苏子、莱菔子寒热均用,区别在于白芥子和葶苈子。有时为增药力,寒痰时可配法半夏和杏仁,热痰时可加全瓜蒌和海蛤壳。

2) **治有形痰的前提**:"生痰之机,不离脾胃。治痰之则,必须燥脾。"局部肺痰不论寒热燥湿都应以二陈汤为基本方。其中以橘红代替陈皮,以增祛痰之力;半夏视寒热而斟量,燥热者应减量。

3) **抓无形痰的主症**:全身流痰,其定性有六个主症,即头重,胸闷,口黏,纳呆,苔腻,脉滑。其中尤以苔腻为关键,但见苔腻一症即可定性为全身流痰,所谓"舍症从舌"。无形痰的治则为祛痰、豁痰、涤痰法,以温胆汤为主方,其中竹茹、枳壳、云苓、陈皮四味必用为主药。

4) **疗无形痰的加味**:①顽痰不化:苔厚腻,症重,佐逐痰法,选加茵陈后下、生龙牡、蛤壳粉、沉香、大黄、礞石。②食痰难消:纳呆食臭,脘腹胀痞,佐消导法,选加莱菔子、鸡内金、焦三仙、木香、连翘。③风痰蒙窍:痉厥,抽搐,昏仆,佐熄风法,选加僵蚕、钩藤、天麻、珍珠母、羚羊角粉。④痰火扰心:神志证,尿赤,佐清心法,选加黄连、栀子、竹叶、龙牡、菖蒲、郁金、琥珀。⑤痰瘀互结:肿块,麻木,佐活络法,选加地龙、赤芍、川芎、丹参、山甲、水蛭、山慈姑、夏枯草、浙贝、玄参、龙牡。⑥虚痰夹杂:先祛痰后补虚,祛痰时不伤正,补虚时不恋痰。⑦肺虚选加:生芪、沙参、百合、阿胶珠、云苓、苡米。⑧脾虚选加:党参、白术、山药、扁豆、蔻仁。⑨肾虚选加:生地、天麦冬、补骨脂、肉桂、沉香。

82."瘀血"为病剖析

中医历代医著对"瘀血"的称谓计有:滞血、留血、蓄血、闭血、干血、老血、死血、败血、恶血、贼血、衃血等等。

(1) 瘀血学说的形成经历五个阶段

1) 肇始于《内经》:①记有堕坠外伤、寒邪、情志等因可使恶血内留。"恶血当泻不

泻，衃以留止”（《灵枢·水胀》）。②瘀血可致疼痛、癥瘕、积聚、厥证、痹证、血枯、痈证。③瘀血的治则为疏决通导，“血实宜决之”（《素问·阴阳应象大论》）。

2）奠基于仲景：①金匮首先应用了“瘀血”的病名，记述了它的原因、脉证和治法（《惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》）。②伤寒论的太阳阳明篇中详述了蓄血、血结证。③创制的桃核承气汤、抵当汤丸、桂枝茯苓丸、下瘀血汤、当归芍药散、鳖甲煎丸、大黄䗪虫丸等方剂，开辟了活血化瘀的治疗途径。

3）演进于隋唐：《诸病源候论》、《千金方》、《外台秘要》均将瘀血作为伤寒、妇产、外伤中的一个证候，并列作血证积聚的重要病机，也扩充了活血化瘀的方药。

4）发展于宋元：①滑伯仁主张在补剂中加桃仁等破血活络药可以提高疗效。②朱震亨重视解郁散结治法，创气血痰湿食热六郁学说，认为“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。”（《丹溪心法》）

5）形成于明清：①朱棣提出“人之一身不离乎气血，凡病经多日瘀治不痊，须当为之调血”（《普济方》）。②王清任完整地总结了瘀血学说，认为瘀血是重要病因，在实践观察了人体结构后，得出了“治病之要诀，在明白气血”的重要结论。除创立逐瘀活血的逐瘀汤外，又提出补气活血法的应用，创补阳还五汤，丰富了活血化瘀的治则。③叶天士倡导“通络”法。在《临证指南医案》里对痹、痛、郁证、癥瘕、积聚、疟母、噎嗝、便秘、经胎产等病证广泛应用了通络逐瘀药，如蜣螂虫、䗪虫、水蛭。④唐容川著《血证论》，辟专篇论瘀血，阐明瘀血和出血间的关系，提出“祛瘀生新”说，把消瘀作为治血四法之一。⑤周学海著《读医随笔》，提出因瘀致虚说和祛瘀以补虚的治则，而且认为血痹、疟母、黄疸、中风、痉厥、癫均与瘀血有关。

（2）瘀血有五个因果

1）成因：①外邪：“寒邪客于经络之中则血泣，血泣则不通”（《灵枢·痈疽》）。“伏邪传经之后，蓄血最多”（《重订广温热病·夹蓄血》）。热邪灼津，血行不畅而致瘀。②七情：怒则气逆，郁虑气滞，由气及血而瘀。③出血：血止之后，其离经而未吐出者是为瘀血；过用寒凉止血使血凝、血郁而生瘀；妇女经血不畅，闭阻或产后恶露不净，瘀停少腹。④外伤：损伤血行径道，气壅血凝而瘀。⑤伤正：气虚无以推动；阳虚血脉不温而涩滞；阴虚血脉不充而致瘀。

2）后果：①瘀血不去，新血不生，而致血虚。②瘀血阻络，血不归经，而致血溢。③瘀血痰结，郁久成积，而生癥瘕。④瘀血不畅，水饮内停，而生水肿。⑤瘀血阻滞，由血及气，而见郁证。

（3）判断瘀血的存在有三个指标

1）局部血结证：定处刺痛，肿块拒按，关节变形肿痛。

2）全身血滞证：紫绀面黑，白睛血丝，眼眶青暗，皮肤紫斑，白斑甲错，青筋红缕，毛发枯黄，舌质紫暗，脉象沉涩。

3）离经血溢证：出血色暗瘀块。

（4）瘀血的六条辨证论治规律

1）气滞血瘀：胀憋而兼刺痛，拒按或见肿块，舌质紫斑，脉象沉弦。治守理气化瘀法，方选血府逐瘀汤（气：四逆散、桔梗，瘀：桃红四物、甘草、牛膝）；

2）寒凝血瘀：定处刺痛，拒按色暗，得温稍减，舌紫暗，脉沉迟。治守温经通络法，方选当归四逆汤（温：桂枝、细辛，通：当归、芍药、通草）；

3）热结血瘀：少腹硬痛，神乱如狂，小便自利，舌紫暗，脉沉实。治守凉血化瘀法，方选桃核承气汤（破：桃核、桂枝，泻：大黄、芒硝）；

4）气虚血瘀：偏瘫，积块，心悸，纳少，乏力，苔薄舌紫斑，脉细迟。治守补气活血法，方选补阳还五汤（补：生芪，活：桃红四物，通络：地龙）；

5）阳衰血瘀：面黑唇紫，腹大肢肿，畏寒肢冷，舌淡有斑，脉沉细迟。治守温阳化瘀法，方选急救回阳汤（健脾：理中汤，温阳：附片，化瘀：桃红）；

6）阴亏血瘀：形瘦癥瘕，隐痛目涩，舌暗红，脉弦细。治守育阴化瘀法，方选通幽汤（育：当归、生地，瘀：桃红）。

（5）提高化瘀疗效的四条经验

1）由气调血："戴气者血也，而运血者气也"，故治瘀证，常须顾及气分，一方面注意理气以化瘀，这与肝的关系最密切，如选用柴胡、郁金、枳壳、青皮、木香、乌药、香附；另一方面注意补气以活血，这与心、脾的关系最密切，如选用生芪、党参、黄精、白术。

2）通络化瘀："经主气，络主血……凡气既久阻，血亦应病，循行之脉自痹。"故瘀证同经络的关系也很密切。①温经以活络，"温则消而去之"，如选用桂枝、鹿角霜、细辛、炮姜、鸡血藤、川草乌、麝香、薤白；②祛痰以通络，痰去则肿消，如选用白芥子、胆星、全瓜蒌、菖蒲；③搜风以剔络，风去则痛止，如选用地龙、山甲、蜂房、乌蛇、土鳖虫、鳖甲。

3）五部祛瘀：瘀血常阻于五个部位，治瘀证应分部处置。①阻心：心悸憋痛，精神异常或癫痫，脉细结代。应选佐通阳开胸的薤白、瓜蒌、桂枝，通阳开窍的菖蒲、细辛、麝香、琥珀；②阻肝：胁痛，痞块，躁怒。应选佐清肝泻火的栀子、丹皮、黄芩、龙胆草、苦参、夏枯草；③阻腹：肿块拒按，闭经痛经，呕吐便血。应选佐破积逐瘀的莪术、山甲、鳖甲、丹参，软坚行水的生龙牡、夏枯草、泽兰、龙葵、白花蛇舌草；④阻肺：胸痛咳血。应选佐祛瘀生新的丹参、花蕊石、血余炭、苏木、三七，润肺化痰的沙参、瓜蒌、麦冬、阿胶珠；⑤阻肢：肿麻肌衄。应选佐通络的鸡血藤、路路通、王不留行、伸筋草、苏木或虫类药。应用引经药，上用姜黄，下用牛膝。

4）对症加味：①瘀血作痛：炙乳没、蒲黄、僵蚕、地龙、蚕砂、云南白药、生山楂、元胡；②瘀血肿块：夏枯草、山慈姑、刘寄奴、生苡仁、犀黄丸、生牡蛎；③瘀血蕴热：青蒿、鳖甲、地骨皮、僵蚕、栀子、银柴胡、牛黄、丹皮、地丁；④瘀血阻新：三七、丹参、血余炭、花蕊石、红花、桃仁、大黄；⑤瘀血水肿：五加皮、葶苈子、云苓、桂枝、泽泻、泽兰；⑥瘀血外伤：

苏木、血竭、川断、三七、大黄;⑦瘀血闭经:坤草、泽兰、牛膝、丹参、归尾、红花、炒橘核、青皮;⑧瘀血更年期综合征:蛇床子、仙灵脾、女贞子、菟丝子、川断。

(6) 治疗瘀证常以四物汤为主方

四物汤一般组方如下:

生地 15g　归尾 10g　赤芍 10g　川芎 10g

常加桃仁 15g、红花 5g、丹参 30g,有时为增强其药力,一方面可佐逐瘀的莪术、土鳖,另一方面可佐攻下的大黄、枳实。

83."阳微阴弦"是病机总纲

"阳微阴弦"语出《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》。其曰:"阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。今阳虚知在上焦,所以胸痹心痛者,以其阴弦故也。""阳微阴弦"是张仲景分析胸痹心痛、短气产生的病因病机,而且是以脉推因的一个病机术语。

(1) "阳微阴弦"的实质即"本虚标实"

阳微也称本虚,因禀赋不足,年迈肾衰,营血虚少,引起气血阴阳虚损,主要涉及心、脾、肾三脏;阴弦也即标实,因膏粱厚味,七情过激,劳逸失度,引起气滞、血瘀、痰浊、寒凝、热壅的阻痹。一般本虚是发病的基础,标实是发病的条件。

(2) 中医病机学包含三个内涵

1) 病因学,即引发疾病的原因,分为两大类:一类是原发病因,如外感、六淫、疠气、内伤七情、饮食不调、过度劳累或安逸、外伤、虫兽以及服药不当等;一类是继发病因,如瘀血、痰浊、水湿等。

2) 发病学,即发病的各种条件,包括致病因素的性质、强弱、人体抵抗能力的盛衰和体质类型、精神状态、自然环境、社会环境的影响等。

3) 病机学,即疾病发生、发展、演变、转归的机理,包涵邪正分争、阴阳平衡失调、气血津液失常、五脏六腑功能异常、经络循行不利以及外感病的六经、卫气营血、三焦病机等等。

中医病机学的三个组成部分,相互影响、相互联系,不可分割,形成中医对疾病的独特认识。

(3) 中医病机学的形成与发展经历五个时期

1) 发端于秦汉。《内经》、《难经》以及《伤寒杂病论》对中医病机学已有充分的论述。如《素问·调经论》曰:"夫邪之生也,或生于阴,或生于阳。其生于阳者,得之风雨寒暑;其生于阴者,得之饮食居处,阴阳喜怒。"这是两类病因的雏形。《金匮要略·脏腑经

络先后病脉证治》云:"客气邪风,中人多死,千般疢难不越三条",归纳为"内所因"、"外皮肤所中"、"房室金刃虫兽"三类,为后世的"三因学说"奠定了基础。《素问·评热病论》所说的"邪之所凑,其气必虚",《素问·刺法论》所说的:"正气存内,邪不可干",成为发病学的总纲。至于邪正强弱、体质类型、生活环境、社会地位等对发病的影响在《内经》中均有阐述。《素问·通评虚实论》提出:"邪气盛则实,精气夺则虚",则是病机虚实的高度概括。《素问·阴阳应象大论》曰:"阴胜则阳病,阳胜则阴病;阳胜则热,阴胜则寒"则是阴阳失调的总则。《素问·至真要大论》更明确归纳了"诸风掉眩,皆属于肝"等病机十九条,至今仍为实用。《灵枢·经脉》论述的"是动"、"所生病"是脏腑经络病机的基础。《难经·七十七难》提出的"见肝之病,则知肝当传之于脾"是脏腑病机的演变规律。《伤寒论》更创建了六经的病机体系。可见秦汉时期中医病机学已有明显的概念和相当的认识水平。

2）发展于晋唐。这一时期的代表作为巢原方的《诸病源候论》。该书首次提出"乖戾之气"的传染病因。《诸病源候论·温病诸候》曰:"人感乖戾之气而生病,则病气转相染易,乃至灭门,延及外人。"将传染病因与气候因素首次区分开来。另外将病机的认识加以归类,提高到新的水平。

3）争鸣于宋元。南宋·陈言著《三因极一病证方论》,创病因的三因分类法,分为内所因、外所因和不内外因,一直沿用至今。金·刘元素重视天人相应理论,强调火热为患,提出"六气皆从火化"之说和"五志过极皆为热甚"的观点,故用药多偏寒凉。金·张从正论病首重邪气,邪去则正安,故其治病多用汗、吐、下三法。金·李杲特别重视脾胃,认为脾胃为本,病机之理在于脾胃虚损,清阳不升引起阴火内盛,故其治则多以补脾胃、升清阳、泻阴火为法。元代朱震亨精于医道,兼通理学,在病机上阐明相火妄动则可致病,主张"阳常有余,阴常不足"。并强调"一有怫郁,诸病生焉,故人身诸病多生于郁",创导六郁说,即气郁、血郁、痰郁、火郁、湿郁、食郁。六郁之中,气郁为首。朱氏还认为:"百病中多有兼痰者","痰之为物,随气升降,无处不到"。

4）成熟于明清。在外感病的病因病机中,吴又可在《温疫论》中提出"杂气"说,"一气自成一病",对"邪自口鼻而入","本气充满,邪不易火"的病因,入侵途径与发病条件均有深刻的认识。对于外感病的传变,叶天士创"卫气营血"的传变规律。吴鞠通创"三焦"传变规律,是对《伤寒论》六经辨证体系的补充和发展。在脏腑病机中,张介宾在《景岳全书》中强调"命门为元气之根,水火之宅,五脏之阴气,非此不能滋;五脏之阳气,非此不能发。"治疗上重视养肾补命门。李士材继承李杲的脾胃派和命门学说提出肾为先天之本、脾为后天之本的理论,成为后世虚损病机的基础。叶天士则对水不涵木的病机有所发展,其在《临证指南医案》中提出:"高年水亏,肝阳升逆无制","宜养肝阴和阳为法","气郁不舒,木不条达","情志不适,郁则少火变壮火"。王清任对气血病机有独到见识,其在《医林改错》中提倡"能使周身之气通而不滞,血活而不瘀,气通血活,何患疾病不除",重视瘀血为患,创建逐瘀活血诸方。

5）发展于近代。由于现代科技方法学的传入,使中医病机学的研究有极大的发

展，近代对肾、脾、心的病机研究，对瘀血、痰浊病机的探讨都取得可喜的苗头。众多近代科技的方法和指标都充实了中医病机学的内涵，如血液流变学的改变揭示瘀血病机，脂质代谢紊乱揭示痰浊病机，左心室功能减退揭示心气虚损病机等等，都使中医病机学的实质升华到新的水平。

以上中医病机学的简史，可见其剖析病机的关键均不外乎正虚和标实两个方面，“正气虚”和“邪气实”是中医病机学的两个基础，十分明确。“阳微阴弦”可以视作中医病机的总纲。

84.“急则治标缓则治本”新识

“标本”概念始见于《素问·标本病传论》。分清证候的标本是临证要务，故其曰：“知标本者，万举万当，不知标本，是谓妄行。”标本是一种相对的主次关系：从病症来讲，病因是本，症状是标；从邪正来讲，人体的正气是本，致病的邪气是标；从新旧来讲，旧病、原发病、先病为本，新病、继发病、后病为标；从病位来讲，病在下、在内为本，病在上、在外为标。《灵枢·卫气》则详论经络的标本，一般在四肢者为本，在头面、躯干者为标。其中，足太阳膀胱经之本在足跟以上5寸中的跗阳穴，其标则在两目内眦的睛明穴。足少阳胆经之本在足第四趾外侧端的窍阴穴，其标在耳珠前陷中的听宫穴。足阳明胃经之本在足大趾端的厉兑穴，其标在颊下喉结旁的人迎穴。足少阴肾经之本在内踝上3寸的复溜穴、交信穴，其标在背14椎旁的肾俞穴和舌下阴维、任脉交会的廉泉穴。足太阴脾经之本在中封穴前上4寸的三阴交穴，其标在背11椎旁的脾俞穴和舌根部。足厥阴肝经之本在行间穴上5寸的中封穴，其标在背9椎旁的肝俞穴。手太阳小肠经之本在外踝之后的养老穴，其标在睛明穴上1寸处。手少阳三焦经之本在手小次指间的液门穴，约当无名指尖端之上2寸许，其标在耳后上角的角孙穴与目外眦的丝竹空穴。手阳明大肠经之本在肘骨中的曲池穴，上至臂臑穴，其标在颊下1寸人迎后扶突上颈钳处。手太阴肺经之本在寸口的太渊穴，其标在腋内动脉腋下3寸的天府穴。手少阴心经之本在掌后锐骨端的神门穴，其标在背5椎旁的心俞穴。手厥阴心包经之本在掌后两筋间的内关穴，其标在腋下3寸的天池穴。十二经脉的标本上下各有所主的疾病，一般在下的为本，下虚则元阳衰于下而为厥逆，下盛则阳亢于下而为热痛。在上的为标，上虚则清阳不升而为眩晕，上盛则阳盛于上而为热痛。临床常以标本关系来分析病证的主次先后、轻重缓急以及确定治疗的步骤。

“急则治标，缓则治本”是中医重要的治则。紧急情况下先治标病，缓解后再治本病。这是治疗顺序上的先后之别，但从“治病求本”的角度来分析标和本都是当时疾病本质的反映，也就是当时主要矛盾的所在。“急则”是指紧急证候的出现，是其主要矛盾，不加治疗常可生变，这也是疾病本质的一种特殊表现。外象是“标”，实质也是“本”。所以急则治标，实质上也是治本。治本是中医治则理论的要务，所以有“治病求本”的古训，治病离本，何谈疗效之有？“标”如果不急，体现了病本，“标”表现急剧，转变成当时

疾病的主要矛盾，也就是病本的体现，此时的“标”已经转变成“本”了，故急则也好，缓则也好，都是治本之策。比如临诊时，当温疫袭人，出现高热不退，病因温疫是“本”而高热症状是“标”。此时如果不退高热则有热陷心包、神昏谵语之险，故其治的重点要抓住退热之“标”。“标”是主要矛盾，也就转化为“本”了。再如虚人痰热咳喘，体虚是“本”，咳喘痰热是“标”。如果痰热咳喘出现不得卧、不足息的急重证情，此时必须先平咳喘再扶正气。所谓急则治标，重于定喘，此时的痰热咳喘已由标转变为本，其治疗仍然在于求本。又如先有溃疡病胃痛属“本”，突发呕血、便血属“标”，此时当先止血治标，血止后再治溃疡胃痛。但实质上呕血、便血已成为当时的主要矛盾，如不止血将有厥脱之险，“标”已转为“本”，止血实质已成为治本的措施。

总之“治病求本”是中医治则学的关键和首要。“急则治标”的实质是针对“标”的紧急状态，不加处置，必生险变，形“标”而实“本”，仍然是“治病求本”之道。故标本的概念仅可用于分析病证的轻重缓急、主次先后，而对于确定治法的步骤则不必拘泥，都统一归于“治病求本”的一则。

85.“胸痹”、“心痛”、“心病”病名考

“胸痹”病名，始见于《内经》。如《灵枢·本脏》篇云：“肺小则少饮，不病喘喝；肺大则多饮，善病胸痹、喉痹、逆气。”并将胸痹分为“心痹”和“肺痹”两类。《素问·痹论》篇载有：“肺痹者，烦满，喘而呕。心痹者，脉不痛，烦则心下鼓，暴上气而喘，嗌干善噫，厥气上则恐。”《内经》还认为内脏的病变也可引发“心痹”和“肺痹”。《素问·四时刺逆从论》曰：“少阴有余，病皮痹隐轸；不足，病肺痹。”“阳明有余，病脉痹身时热，不足，病心痹。”《素问·五脏生成篇》曰：“赤脉之至也，喘而坚，诊曰，有积气在中，时客于食，名曰心痹，得之外疾，思虑而心虚，故邪从之。”“少阴在泉主胜则厥气上行，心痛发热，鬲中从痹皆作。”总之，《内经》对胸痹没有一个明确的定义和范围，但可以认为《内经》所言的胸痹是至少包括“心痹”、“肺痹”在内的所有胸部痹阻性疾病的总称。

汉代张仲景的《金匮要略》中设有《胸痹心痛短气病脉证治》专篇，对“胸痹”的概念、病因病机、证候与治疗等做了较全面的论述，并创建了栝蒌薤白白酒汤等八张效方。病因病机上提出：“阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。”在治疗上依证立方：“胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气，扣脉沉而迟，关上小紧数，栝蒌薤白白酒汤主之。”“胸痹不得卧，心痛彻背者，栝蒌薤白半夏汤主之。”“胸痹，心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心，枳实薤白桂枝汤主之，人参汤亦主之。”“胸痹，胸中气塞，短气，茯苓杏仁甘草汤主之，橘枳姜汤亦主之。”“胸痹缓急者，薏仁附子散主之，心中痞，诸逆心悬痛，桂枝生姜枳实汤主之。”“心痛彻背，背痛彻心，乌头赤石脂丸主之。”这些方药沿用至今仍为效方。《金匮要略》论“胸痹”已很明确，其病由于胸阳不足，阴寒之邪如寒邪、痰饮、水邪等痹阻心脉所致，其表现可以归纳为两类：一类“心痛彻背，背痛彻心”，犹如《内经》的厥心痛，与西医的冠心病心绞痛近似；一

类“喘息咳唾，胸背痛，短气”，“胸痹不得卧”，类似西医的心力衰竭。可见《金匮要略》所言的“胸痹”，主要指“心痹”，至于“肺痹”则另立专篇，第一次将“心痹”和“肺痹”区分开来。

晋代《肘后备急方》也记载了“胸痹”的证候：“胸痹之病，令人心中坚痞忽痛，肌中苦痹，绞急如刺，不得俛仰，其胸前皮皆痛，不得手犯，胸满短气，咳嗽引痛，烦闷自汗出，或彻引背膂，不即治之，数日害人。”可见其言“胸痹”也是单指“心痹”，其主要临床表现则为心绞痛。

隋代的《诸病源候论》中专有“心痹候”和“胸痹候”两篇。从巢氏的编排上可以看出他是将“心痹”和“胸痹”分开论述的。“心痹候”为：“思虑烦多则损心，心虚故邪乘之，邪积而不去，则时害饮食，心里愊愊如满，蕴蕴而痛，是谓之心痹，诊其脉，沉而弦者，心痹之候也。”“胸痹候”为：“寒气客于五脏六腑，因虚而发，上冲胸间，则胸痹，胸痹之候，胸中愊愊如满，噎塞不利，习习如痒，喉里涩，唾燥；甚者，心里强痞急痛，肌肉苦痹，绞急如刺，不能俯仰，胸前皮皆痛，手不能犯，胸满短气，咳唾引痛，烦闷，自汗出，或彻背膂。其脉浮而微者是也，不治，数日杀人。”可见“心痹”主要指心中满闷而痛，而“胸痹”除有心闷，痞急痛外还有胸满，胸前皮痛，喉涩，咳唾，噎塞等症。可见其观点同《内经》一样，“胸痹”包含“心痹”和“肺痹”等胸膈痹阻的疾患总称。

宋代《圣济总录》进一步阐明“胸痹”的证候：“然背者胸之腑，或筑或悸或渴或腹痛或寒或腹满，其候不一，治当随宜加损也。”并将“胸痹病”列出“胸痹噎塞候”、“胸痹心下坚痞急候”、“胸痹短气候”、“胸痹候”来分别论述。特别是在“胸痹短气候”中强调提出胸痹短气之短气，不是肺虚及肺气不足的表现，而是胸阳不振、阴寒阻痹所致。可见所述之“胸痹”不包括“肺痹”在内。“胸痹”是否单指“心痹”，书中没有明确说明，只是“胸痹”的重要表现似乎较多的是“心痹”，只能说“心痹”在“胸痹”中占有较大比重而言。

明代《医学正传》认为胸痹即是胃病：“胃脘痛俗呼心痛，九种心痛皆在胃脘，实不在心。除真心痛是心痛外，其余皆为胃痛，胸痹亦是胃病。”《医宗必读》中虽然没有“胸痹”的记载，但有胸痹的论述，如《心腹痛篇》指出胸痹即是膈痛，其与心痛的区别是心痛在歧骨骺处，而胸痛则是横满胸闷，胃脘痛在心之下，胸痛在心之上，同时指出胸属心，属肝，属肺。“肝虚则胸痛引背胁，肝实则胸痛不得转侧。”

清代的《张氏医通》强调“胸痹”是“阳气不用，阴气在上之候也”。《医宗金鉴》认为“胸痹”主症为胸背痛，将胸痹病列入“胸胁痛”一节中叙述，将心痛列入“心腹痛”一节中叙述，认为心痛为歧骨陷痛，而胸为肺之野，胸痹不属“心”。

以上可见，**历代医家对“胸痹病”所属的脏腑概念及范围看法不一**，以《内经》、《诸病源候论》为代表的少数医著认为“胸痹病”范围较广，是包括心、肺以及胸膈病变在内的胸部痹阻性疾病的总称；《金匮要略》、《肘后备急方》、《圣济总论》为代表的多数医著则认为，“胸痹病”主要是“心痹”，即心系疾病。可见历代对“胸痹病”的认识没有一个较统一较准确的概念。从临床实际出发，宜“少数服从多数”，“胸痹病”应当定位于“心痹”，心系疾患为妥，以免概念混淆。

"心痛"病名,始见于马王堆古汉墓出土的《五十二病方·足臂十一脉灸经》中:"足少阴温(脉):出内踝窭(娄)中,……其病……肝痛,心痛,烦心……"《五十二病方·阴阳十一脉灸经甲本》:"臂少阴脉起于臂两骨之间,……是动则病:心痛,益(嗌)渴欲饮,此为臂蹶(厥)……"《内经》中记载"心痛"的内容则更为丰富。如《灵枢·五邪》:"邪在心,则病心痛喜悲,时眩仆。""心手少阴之脉起于心中,出属心系……是动则嗌咽干心痛,渴而欲饮,是为臂厥"。《灵枢·厥病》对厥心痛与真心痛虽然作了区别,但《内经》却又把心痛与胃脘痛混称起来。如《素问·至真要大论》云:"胃脘当心而痛。"这是一大概念上的失误。《难经》中也有心痛的记载。《难经·十六难》:"心脉,其外症面赤,口干,喜笑;其内症,脐上有动气,按之牢若痛;其病烦心,心痛,掌中热而啘,有是者,心也。"可见早在《五十二病方》、《内经》、《难经》诸书中,已有"心痛"一名,并且认为"心痛"是心系病变的一种证候表现,是由心经脉阻痹不通所致。关于"心痛"的分类,在《难经》中有较详细论述。《难经·六十难》云:"头心之病,有厥痛,有真痛,何谓也?然手三阳之脉,受风寒,伏留而不去者,则名厥头痛,入连在脑者,名真头痛,其五脏气相干,名厥心痛,其痛甚,但在心,手足青者,即名真心痛。其真心痛者,旦发夕死,夕发旦死。"说明"厥心痛"由五脏病变影响于心而致,其痛为轻,预后较好;病邪直犯心脉则成"真心痛",其痛为重,预后不良。

《金匮要略》阐明了心痛是胸痹病的主要临床表现,同时又提出"九种心痛"的概念,说明其他许多疾病也可引发心痛。其书附方"九痛丸治九种心痛",《金匮要略》注释为:"九心痛为一虫二注三风四悸五食六饮七冷八热九去来痛。"晋代的《肘后备急方》首先提出了"久心痛"的名称,并列出治疗心痛的方剂。隋代的《诸病源候论》将"久心痛"与"真心痛"作了区别,认为"真心痛"邪伤于心之本脏,发病急促,病性严重,预后极差;"久心痛"邪伤于心之支别经脉,未伤于正经,病性较缓,疼痛程度也轻,发病后不至于迅速死亡,但反复发作,日久不愈。其书还对"厥心痛"作了扩展,认为系他经的阳气虚衰而使少阴心经之经气逆乱,即"阳虚阴厥"而出现的心痛,于是有脾心痛、胃心痛、肾心痛、肝心痛之称。另外该书还突破心痛单纯寒凝为主的框框,提出"热结心痛"的新概念:"其痛悬急懊者,是邪迫于阳气,不得宣畅,壅瘀生热,故心如悬而急,烦懊痛也。"这类热结心痛与自发型心绞痛的表现相类似。《千金要方》把厥心痛别称为注心痛,去来心痛,冷心痛外,还将九种心痛全部归入胃脘痛之中。宋代的《圣济总录》对心痛的记载更为详尽,分类也较《诸病源候论》有所增加:按发病速度,分为"卒心痛"和"久心痛"。"卒心痛者,本于脏腑虚弱,寒气卒然客之,其状如寒痛不得息。""其久成痛者,由风冷邪气乘于心之支别络,停滞不去,发作有时,故经久不差也。"按心痛的原因分为九种心痛,"曰虫,曰注,曰风,曰悸,曰食,曰饮,曰冷,曰热,曰去来痛是也。"若由其他经之阳气虚引起心经经气逆乱而致心痛者为厥心痛,并可根据脏腑而分为肝心痛、脾心痛、胃心痛、肾心痛。

金元至明代大多医家认为除真心痛外都是胃脘痛。如《丹溪心法》云:"心痛即胃脘痛。"《医学正传》云:"古方九种心痛:曰饮,曰食,曰风,曰冷,曰热,曰悸,曰虫,曰疰,曰

来去痛……详其所由，皆在胃脘，而实不在于心也，有真心痛者，大寒触犯心君，又曰污血冲心，手足青过节，旦发夕死，夕发旦死。”《景岳全书》云：“凡病心腹痛者，有上中下三焦之别，上焦者痛在膈上，此即胃脘痛也，……时人以此为心痛，不知心不可痛也，若病真心痛者，必手足冷至节，爪甲青，旦发夕死，夕发旦死，不可治也。”当然，明代也有不同意“心痛”即“胃脘痛”的另一种看法，如《医宗必读》云：“心为君主，义不受邪，受邪则本经自病，名真心痛，必死不治。然经有六邪在心则病心痛喜悲时眩仆，此言胞络受邪在腑不在脏也。又云手少阴之脉动则病嗌干心痛渴而欲饮，此言别络受邪，在络不在经也，其络与腑之受邪，皆因怵惕，思虑伤神，涸血，是以受如持虚，而方论复分九种曰饮，曰食，曰热……不能偏识病因将何以为治耶。”“胸痛即膈痛，其与心痛别者，心痛在歧骨骱处，胸痛则在横膈胸间，其与胃脘痛别者，胃脘在心之下，胸痛在心之上。”直到清代，医家的看法才大致获得统一，即心痛与胃脘痛应当区分开来，如《证治准绳》云：“或问丹溪言心痛即胃脘痛然乎？曰心与胃各一脏，其病形不同，因胃脘处在心下，故有当心而痛之名，岂胃脘痛即心痛者哉？历代方论，将二者混同，叙于一门，误自此始。”

以上可见，历代医家远自秦汉，近至明清，对心痛的概念，均有明确的认识和详尽的记载，已将心痛与胃脘痛、胸痛以及胸腹部其他疾病致痛区别开来。“心痛”分为“真心痛”与“厥心痛”；“卒心痛”与“久心痛”，分别由“心经”、“心之别经”、“心包经”或他经、脏腑等病变影响于心经而致的心系病变。

“心病”一名始见于《内经》。在《素问·平人气象论》中围绕无病之人的脉气动象，并以胃气的多少、存亡为依据，讨论了四时五藏的平脉、病脉、死脉的形象。其中论及夏得胃脉，其脉微钩则曰平脉，如果钩多胃少则曰心病，但钩无胃，则曰死脉（“夏胃微钩，曰平。钩多胃少，曰心病。但钩无胃，曰死”）。平心脉来，累累然如连珠之滑利，复如循琅玕之平和，可见心气通调，曰心平。病心脉来则喘喘急疾而连属，其中微曲，则心气不和，曰心病。死心脉来，前诊则脉曲如钩，后诊则居而不动，其曲也如操带钩，柔合之胃气已绝，故曰心死（“夫平心脉来，累累如连珠，如循琅玕，曰心平。夏以胃气为本，病心脉来，喘喘连属，其中微曲，曰心病。死心脉来，前曲后居，如操带钩，曰心死。”）

《素问·藏气法时论》则以人身五脏之气与四时的密切关系，由五行而论，合于天地，即由五脏之气，法于天之四时也。其中也有心病之名。如：心病，愈在长夏，长夏不愈，则甚于冬也，冬不死持于春，起于夏也，此藏气法十干之四时也（“心病者，愈在戊巳，戊巳不愈，加于壬癸。壬癸不死，持于甲乙，起于丙丁”）。又如心病，“日中慧”（起于夏），“夜半甚”（甚于冬），“平旦静”（持于春），此藏气法一日之四时也。又如：“心病者，胸中痛，膺背肩甲间痛，两臂内痛。虚则胸腹大，胁下与腰相引而痛，取其经，少阴太阳，舌下血者。其变病，刺郄中血者。”

《素问·标本病传论》则提及心病的传变：“夫病传者，心病先心痛，一日而咳，三日胁支痛，五日闭塞不通，身痛体重，三日不已，死，冬夜半，夏日中。”

《内经》对“心病”作为一个病名，从脉象、症状、传变以及与四时变化的预后均作了较详尽的论述。

86. 中医病名急需赋予新意且应规范

中医病名颇具特色，但缺乏优势。由于病名内涵上的模糊和外延上的无限，造成命名的笼统和多义，常常难以确定，给临证、科研、教学以及行业间的交流带来的困难是显而易见的。可以说中医的病名学如果不加以发展和改进，必将会影响其学术的发展和疗效的评估。中医病名学的创新成了当务之急。

创新的归宿在于病名的规范化。创新的途径有三条：

一条是取义于症状、体征内容命名的病名，常常有诊疗规律可循，具备疾病应有的要素而且仍有效地指导着临床实际。可以沿用，但要明确内涵、外延。如消渴病只指糖尿病，不包含尿崩症；霍乱病只指挥霍缭乱的烈性传染病，不包含急性吐泻；阳黄只指传染性黄疸性肝炎，不包含阻塞性其他肝胆病；中风只指脑血管病，不包含面神经麻痹；臌胀只指肝硬化腹水，不包含血吸虫病、心衰、癌瘤等引起的腹水。这叫传统病名局限内涵性的创新。

二条是病、证、症的混用，造成一病多名或一名多病的混乱。如痹证一病却有痛风、历节风、风湿、鹤膝风、白虎风等多种病名；咳嗽一名却有外感、内伤等多病的病名。对于这类病名要加以专名确立，如痹证即风湿性关节炎，咳嗽即外感病等等。这叫一病一名的专属性创新。

三条是框以西医病名的内涵，使病名各有现代性，更有确切性。如肺痈就定为肺脓疡，肠痈就定为阑尾炎，肺痨就定为肺结核，痫证就定为癫痫，癫狂就定为精神分裂症，痄腮就定为腮腺炎等等。这叫病名上中西医"对号入坐"式的创新。

20 世纪的 80 年代初，我们曾对胸痹病的规范化研究做过探索。原先都把冠心病心绞痛相当于中医的"厥心痛"，把冠心病心肌梗死相当于中医的"真心痛"，这样的"相当"既不确切更不规范。因为厥心痛虽然包含着心绞痛，但不一定单纯指冠心病心绞痛，其他病变如高血压性心脏病、风湿性心脏病等引发的心绞痛，甚至有些消化道的急痛放射至胸膺也可包含其中。加之，厥心痛的成因系五脏病变影响于心所致，如《诸病源候论》所言："阳虚阴厥"的心痛，所以对心系本身的扣题并不严紧。当时考证文献《金匮要略》专有《胸痹心痛短气》篇，仲景将胸痹单指心痹，而肺痹则另有专篇论述，较《内经》将胸痹包含心痹和肺痹的混淆有了质的进步，故我们提出规范化的病名，即胸痹病相当于冠心病，然后将冠心病的五个临床类型分别加以对应：胸痹心痛相当于冠心病心绞痛，胸痹心悸相当于冠心病心律失常，胸痹心衰相当于冠心病心力衰竭，胸痹心厥相当于冠心病心肌梗死，胸痹心脱相当于冠心病心脏骤停。这种规范化的中医病名虽然粗糙，不太成熟，但毕竟是个起步，是创新的开端，只要在临床中不断实践，不断完善，中医病名的规范化必将瓜熟蒂落。

87. 中医脉案的记述要领

中医脉案是临证理法方药和病情沿变的真实写照，是医者正反两方面经验的可靠总结，也是学术交流的一种形式，更是中医学术文化的生动体现。许多行之有效的古今脉案被视作珍贵的遗产流传至今，既有借鉴意义，又有收藏价值，视作"墨迹"。历代的医案专著始终是中医药学宝库的重要组成。

脉案记述除应遵照国家中医药管理局颁布的《病案书写规则》外，还要注意如下要领：

首先理法方药要十分明确。可以先列证候并有病程的交待，再引古训，然后立法选方；或者夹叙夹议，列出证候分析病机，引证古训；或者先引古训、再议证候。这三种形式重点都要把主症、舌脉、病程、既往治疗经过交待清楚，这是脉案的主体骨架，不可轻视。

其次是治疗进程和证候学的变化。特别是舌象、脉诊的演变，这是中医的优势和特色，不可从简。许多脉案忽视或缺乏中医证候学的观察，只重视"指标变化"，这是"重西轻中"的表现，使脉案大为逊色，价值被贬，十分可惜。

再次是少用哗众取宠的虚词。如"大获其效"、"诸症皆除"、"药到病除"等等。虽然文字漂亮，但华而不实，既有损脉案的真实性，亦有损作者的形象，实不可取。

具体案例请参见第4章诊籍篇。

88. 对"气"的认知

"气"是中医独特的基础理论，它包含物质和功能两种涵义。在《灵枢·决气》中，黄帝问曰："何谓气？"岐伯答曰："上焦开发，宣五谷味、熏肤、充身、泽毛，若雾露之溉是谓气。"可见古代医学家想像人体的气是十分精细、不断流动、充满人体的一种物质。清代喻昌在《大气论》中说得更加明白："惟气以成形，气聚则形成，气散则形亡。"说明人体由"气"这样的物质构成，气聚人体在，气散人体亡。"气"同时也代表人体的功能活动或精神状态，《素问·阴阳应象大论》曰："壮火之气衰，少火之气壮，壮火食气，气食少火，壮火散气，少火生气。"这里说的"壮火"指亢盛的邪气，"少火"指平和的阳气。邪即壮火能使气衰，故有害于气，阳即少火，能使气壮，故有利于气。文中连用六个气，其中"气衰"、"气壮"、"气食"指的是功能活动，"食气"、"散气"、"生气"指的是生命物质。

(1) 气的生成

气的生成有三个来源：一是肺吸入自然界的清气，即宗气；二是由脾胃吸收运化食物中的营养，即谷气；三是储藏于肾，来自父母的先天之精，即精气。三者经过肺、脾、肾三脏的作用，在人体内互相结合，生成人体之气。

(2) 气的命名及分类

气的命名和分类以局部而言,有代表脏腑功能的心气、肝气、脾气、肺气、肾气、胃气等;有分布于经络之中的经气等。以全身而言则有元气、宗气、卫气和营气。元气,又称原气、真气、正气、肾气。由先天精气组成,发源于肾和命门,储藏于丹田,借三焦之道,通达全身,以推动人体的生命活动;宗气由清气和谷气组成,积留于胸中,贯心肺,司呼吸,行心血;卫气以谷气为主组成,运行脉外,护卫肌表,温养肌肤,调节体温;营气以谷气为主组成,运行脉中,化生为血,营养全身。

(3) "气"的病理变化

气的病理变化称为"气证",是中医证候学的重要组成,故《素问·举痛论》云:"百病生于气也。"气证就其实质,概分两大类:一类是气的功能减退,造成"气虚证";一类是气的运行障碍,造成"气实证"。

1) 功能减退:即气虚证(气虚和气陷)

气的功能减退常因生成减少或消耗过多形成。前者有先天的精气不足、老年的精气衰退、营养缺乏谷气难以养精以及肺脾肾功能失调,合成气的能力降低;后者有正常的体液大量丢失,如大汗、多尿、出血等气随液脱,劳倦过度、思虑太过而耗气,久病重证耗伤正气。

气虚证主要表现有气短乏力,苔薄白,舌质淡或有齿痕,脉细弱。全身性气虚证为气的五种功能减退:①推动:生长缓慢,发育不良,精神疲惫;②温煦:畏寒怕冷,四肢欠温,局部冷痛;③气化:小便不利,消化不良,水肿停湿;④防御:形寒怕风,经常感冒,抵抗力弱;⑤固摄:自汗不止,尿频滑泄,出血崩漏。

局部性气虚证为脏腑功能的减退。主要有四种:

①心气虚:心动悸,脉结代;②肺气虚:咳喘促,音低弱;③脾气虚:纳谷差,肢困倦;④肾气虚:腰腿软,夜尿多。

气陷的主症为内脏下垂,腹坠久泻,小便淋沥,低热缠绵,苔薄白,质淡胖,脉沉弱。气陷主要是脾气或中气的下陷,其陷自上而下则有下垂久泻,淋沥各证;其陷自外向内则有低热缠绵之证。

2) 运行障碍:气实证(气滞和气逆)

气的运行障碍常因七情所伤,气机失调,如怒伤肝,喜伤心,思虑伤脾,忧伤肺,惊恐伤肾。其中主要是肝的疏泄功能出现障碍,病邪阻滞,气机不畅,如瘀血、痰浊、食积、外感等。中焦气虚推动无力,造成脾胃气滞。外伤跌扑,损伤经络,产生局部元气运行障碍。

气滞证主要表现为胸腹脘胁胀满作痛,情绪变化,苔腻脉弦。同肝脾关系密切。

气逆证主要表现为升多降少的上逆证,苔腻、脉弦滑有力,主要同肝、胃、肺关系密切。①肝气上逆:胁胀眩晕,呃逆泛酸;②胃气上逆:恶心呕吐,脘胀嗳气;③肺气上逆:

气急咳喘，胸满痰黏。

（4）40种气的称谓

1）心气：《素问·痿论》云："心主身之血脉"。《素问·调经论》云："心藏神"。心气主要指心血管系统的功能表现和神志活动。

2）肝气：《素问·调经论》云："肝藏血"。《素问·灵兰秘典论》云："谋虑出焉"。《灵枢·九针》云："肝主筋"。肝气主要指肝本脏的精气、血、筋、神志的活动，并且作为病证名，如胸闷、胁胀的肝郁证或消化功能紊乱的肝脾不和证等。

3）脾气：《灵枢·本神》云："脾藏营"。《素问·厥论》云："脾主为胃，行其津液"。脾气主要有消化吸收运行营血、津液等。主升清，统摄作用。

4）胃气：《灵枢·五味》云："五脏六腑皆禀气于胃。"胃气主要指消化功能，主降，且脉以胃气为本。

5）肺气：《素问·五脏生成》云："诸气者皆属于肺。"《素问·灵兰秘典论》云："治节出焉。"《素问·经脉别论》云："肺朝百脉。"肺气主要指司呼吸，朝百脉，通调水道。

6）肾气：包含在肾阳的功能之中。

7）经气：《素问·离合真邪》云："真气者，经气也。"经气主要指经脉中的运行之气和正邪的相争状态。

8）阳气：如机能，六腑之气，卫气等，与阴气相对。

9）阴气：如物质，五脏之气，营气等，与阳气相对。

10）子气："我生"者，如火为木的子气，土为火的子气，金为土的子气。

11）母气："生我"者，如木为火的母气，火为土的母气，土为金的母气。

12）胜气：上半年发生的反常气候。

13）复气：下半年发生与上半年相反的气候。

（12）、13）：时序上的规律性，如上半年偏热，下半年偏寒。）

14）运气：五运（木火土金水）与六气（风火热湿燥寒）相互推移，来推断每年气候的变化与疾病的关系。天干定"运"，地支定"气"。

15）大气：宇宙空气或胸中呼吸之气。

16）清气：指水谷精微之气，由胃注于肺，散布脏腑的营气或秋天清肃之气或吸入之大气或指清气分之热。

17）浊气：指饮食精华的浓浊者，或呼出、排出的浊气。

18）中气：中焦脾胃之气，饮食消化运输的生理功能。

19）生气：春天生发之气或生发和增强的元气，如"少火生气"。

20）正气：生命机能的总称或人体对疾病的防御、抵抗、再生能力。

21）邪气：指六淫、疫疠等外邪或致病因素及病理损害。

22）六气：四季风寒暑湿燥火等六种气候异常变化或水谷精气化生的精、气、津、液、血、脉六种基本物质。

23）淫气：正气浸淫、濡润肌肤筋脉的生理功能，或病邪浸淫的病理变化，或指体内

阴气、阳气过亢，或气候异常的致病性。

24）疠气：又称疫疠之气、毒气、异气、杂气，均指强烈传染性的致病邪气。

25）时行戾气：又称时气，指流行中具有强烈传染性的病邪。

26）伏气：邪伏体内，经过一段时期而发病，如伏气温病。

27）水气：即水肿。

28）恶气：指病邪或病理产物，如痰浊、瘀血、瘜肉。

29）山岚瘴气：疟疾。

30）矢气：过分损耗不能生化食物，不能吸收营养或指矢气。

31）体气：狐臭。

32）肥气：五积之一，属脾之积，类似于脾肿大。

33）痞气：五积之一，属肝之积，类似于肝硬化、肠胀气。

34）津气：津的功能，有赖于气的输布。

35）顺气：降逆下气，如治肺、胃上逆之气。

36）行气：又称利气、通气、化气，指行散气滞。

37）降气：又称下气，指治气之上逆。

38）调气：包括行气、降气之总称。

39）破气：用峻烈药破气散结导滞。

40）脱气：正气耗散虚脱或虚痨病出现气短便溏。

（5）气证的研究

气证的研究始于20世纪50年代末，至今已有一定深度而且取得不少有益的收获，归纳起来有三个方面：一是临床疗效的探索，二是客观指标的选择，三是努力创建中医气证的实验医学。

1）**病证结合，治疗着手**。根据中医"异病同治"的原则，气证几乎涉及各大系统，其病证包括：冠心病、原发性高血压、支气管炎、支气管哮喘、肺结核、溃疡病、慢性胃炎、结肠炎、肝炎、慢性痢疾、胃下垂、肾炎、紫癜、重症肌无力、子宫功能出血、子宫脱垂、婴幼儿腹泻等近20种。探索的有效方药大致均以四君子汤、补中益气汤、黄芪建中汤、十全大补汤和四逆散、柴胡疏肝散、逍遥散、小柴胡汤为基本方加减化裁。气虚证的主药有人参、党参、黄芪、甘草、白术、茯苓；气实证的主药有柴胡、枳壳、香附、白芍、郁金等。例如主药为黄芪、人参的补心气口服液，治疗心气虚损类冠心病心绞痛345例，止痛总有效率84.87%，证候缓解率86.60%，硝酸甘油停减率82.95%，心电图缺血改善率44.92%。四君子汤合当归补血汤治疗慢性结肠炎268例，总有效率98.50%。用补中益气汤治疗重症肌无力，总有效率86.00%，治疗子宫脱垂387例，总有效率95.10%。用柴胡疏肝散治疗肝郁气滞类冠心病100例，止痛率86.60%，心电图缺血改善率40.00%。柴胡疏肝散治疗135例肝郁气滞类高血压，降压有效率85.72%。

2）**引进现代科技，选择客观指标**。主要涉及九个方面：①免疫功能：气虚证的细胞免疫功能及体液免疫功能均比正常人低，而气实证的细胞免疫功能则多偏高。例如，测定慢性泄泻、慢性气管炎、慢性肝炎、慢性肾炎、重症肌无力属气虚证者玫瑰花瓣形成率，血清 IgA、IgG，体外的白细胞吞噬指数，巨噬细胞吞噬功能均明显降低。党参、白术、茯苓等补气药则有免疫刺激作用，特别能促进细胞免疫及增高血清 IgG。②内分泌功能：气虚证的血浆皮质醇、基础代谢率和甲状腺功能均低下。气虚证的促胃液素增高而甘胆酸则降低，相反气实证的促胃液素降低而甘胆酸则增高，形成双相交叉性变化。③自主神经功能：无论气证的虚实，患者的乙酰胆碱含量，5－羟色胺和组胺水平均普遍趋向增高，而胆碱酯酶含量则趋向降低，表明副交感神经的功能相对偏亢。④消化吸收功能：气虚证患者的唾液淀粉酶活性、D－本糖醇排泄率均明显降低，表明小肠的吸收功能低下，而服用补气药后都可显著提升。⑤代谢功能：气虚证患者红细胞膜抗 A 受体发生变构，膜上唾液酸和 ATP 含量降低，提示红细胞膜离子交换功能的异常，导致红细胞内 CO_2 和 O_2 的正常交换发生障碍。气虚证的血清亮氨酸、氨基肽酶等蛋白代谢的各种酶活性低下，直接影响蛋白代谢，特别是造成必需氨基酸转换利用上的障碍。⑥器官功能：气虚证的左心功能和肺功能均明显低下。消化道钡影，气虚证胃肠功能紊乱。气实证多为炎症、溃疡等器质性病变。胃肠电波幅测定，气虚证降低，气实证增高。⑦微量元素：无论气证的虚实，铜、锌的含量，铜/锌比值均高于正常人。给补气或理气药后均可明显下降。⑧细胞化学：气虚证患者舌上皮细胞中的糖原和核糖核酸含量增高，而琥珀酸脱氢酶和酸性非特异性酯酶含量减少，淋巴细胞的酸性非特异性酯酶阳性率及其点状颗粒型百分率降低，单核细胞的酸性非特异性酯酶活性亦降低，表明其能量代谢、T细胞及其辅助亚群水平的低下。⑨血液流变学：气实证的体外血栓形成，低切速下全血黏度，血小板黏附及聚集，红细胞压积和血沉均增加，红细胞变形能力降低，血小板形态学异常等血液流变性发生障碍而服用理气药后则能明显改善血液流变性。

3）**研制动物模型，建立实验医学**。中医学的发展，应建立实验医学，实验医学离不开动物模型。因此在20世纪70年代开始，许多学者已致力于研制“气”证的动物模型。根据“气”证的临床表现，采用某些手段在动物身上复现，再用相应的方法反证，有效复现者便是“气”证的动物模型。在动物身上运用的手段大致分为四种，即药物作用，饮食不节，疲劳过度和恼怒刺激。这四种手段可以单独运用，也可以合并运用。

① 药物作用造模：运用中药大黄、玄明粉、番泻叶，喂饲大白鼠，小白鼠，金黄地鼠，家兔，造成动物急性腹泻，而成“气虚”证模型。

运用西药利血平给小鼠皮下注射，通过耗竭单胺类介质而产生的副作用，造成“气虚”证模型。

运用艾叶或四氯化碳或10%橄榄油给大白鼠，小白鼠腹腔注射，造成肝中毒性反应而成“气实”证模型。

② 饮食不节造模：使用甘蓝加猪脂，饥饱无度法喂饲小白鼠或使用酒醇偏食法喂饲大白鼠或使用低蛋白饮食喂饲大白鼠，均因饮食不节而造成“气虚”证模型。

③ 劳倦过度造模：根据中医“劳倦伤脾”的理论，把大白鼠置于特殊造成劳倦过度的器械上，如振荡器、跑步机等，形成“气虚”证模型。

④ 恼怒刺激造模：根据中医“恼怒伤肝”的理论，用直接夹尾刺激法和夹尾大白鼠再咬斗周围大白鼠的间接刺激法，形成“气实”证模型。

(6) 气证的研究思路

从“气”证的研究现状可以看出，它已经具有相当的广度和深度，出现不少可喜的苗头，但是离揭开“气”证的实质仍有较大的差距，我以为应当从下面四步加强工作：

1) **证候辨识上的规范化、实用化、计量化**。中医采用望、闻、问、切“四诊”手段，对证候进行辨识，并以八纲、气血津液、病因、脏腑、六经、卫气营血、三焦、经络八种方法加以归类，也就是经过“辨证”的过程对病证做出诊断。由于四诊的方法绝大部分是以患者的自觉症状为依据，难免出现主观性或医生的随意性。为了使辨证达到准的要求也就是尽可能的客观化，在辨识证候上就一定要强调规范化、实用化和计量化。

在四诊中相对客观的是舌诊，其次是脉诊。脉诊粗分容易掌握。如浮脉和沉脉，数脉和迟脉的区别。但细分就难以分清，如弦、滑、紧、洪各脉临床上常常分不清楚。古人在症、脉分离时，强调“舍症从脉”。为了尽可能地客观化，应强调“舍症从舌”。

规范化就是诊断“气”证时抓住主症定性，参考兼症定位。实用化就是以舌脉为主并结合必备的主症来辨证。计量化就是应用现代统计学原理以数学模型对“气”证计分评定。

例 1：气虚证

主症有气短、乏力、苔薄白，舌质淡或胖有齿印，脉细弱。

兼症有心悸（心），咳喘（肺），腰痠腿软（肾），纳呆便溏，肢倦，食后腹胀（脾）。

项目	得分	项目	得分
舌诊	17	腰痠腿软	10
脉诊	11	纳呆	8
气短	11	食后腹胀	8
乏力	11	便溏	5
心悸	10	肢倦	5
咳喘	10		

例 2：气实证

主症：胸、腹、脘、胁的胀满作痛，情绪变化，苔腻脉弦。

兼症：恶心、呕吐、嗳气（胃）、咳喘、痰黏（肺）、眩晕、呃逆，泛酸（肝）。

项目	得分	项目	得分
舌诊	17	泛酸	10
脉诊	11	咳喘痰黏	10
胸脘胀满	11	嗳气	5
胁腹胀痛	11	呃逆	5
情绪变化	11	眩晕	5
恶心呕吐	10		

2）**客观指标上的特异选择**。客观指标上的选择虽然涉及机体九个方面，达60余种之多，但其特异性不强而且波动性较大，有的指标重复率较低。因此要在客观指标的特异性和高灵敏度的选择上下功夫。应当分两个层次。第一层次属初级阶段，首先要分辨气虚证和气实证，还要分辨其同其他虚证和实证。第二层次属高精阶段，要在气虚证中能分辨五脏不同的虚证。要在气实证中分辨滞和逆。“气”证客观指标特异性选择的难度相当大，但特异性和高灵敏度指标选定之日，则是“气”证客观化之时。

3）**动物模型上的病证结合方向**。动物模型的研制成功，表现在两个方面，一是按照西医的病理要求，制造“气”病的各种动物模型，一是按照中医的辨证要求，制造“气”证的各种动物模型。但是，病和证相结合的动物模型至今尚未获得成功。比如在冠心病的动物模型上同时出现心“气”虚证的表现；在慢性胃炎的动物模型上同时出现脾“气”虚证的表现；在慢性支气管炎的动物模型上同时出现肺“气”虚证的表现；在慢性肾炎的动物模型上同时出现肾“气”虚证的表现；在高血压的动物模型上同时出现肝“气”逆证的表现；在溃疡病的动物模型上同时出现肝“气”滞证的表现等。病证结合的动物模型的研制难度更大，但“气”的病证结合动物模型的产生之日，则是“气”的中医实验医学的成功之时。

4）**研究方法上的多学科、多层次**。现代科学发展的一个重要标志，是应用多门科学的知识、技术和方法去探索。中医“气”的研究要步入现代化的行列，也必然以多学科、多系统、多层次地去研究。应用现代化的先进科学方法和技术，本人以为应当**抓住三个关键**：①临床与实验同步。临床主要抓疗效，实验主要选指标。两者同步观察，有利于评价疗效和指标的可靠性。②辨证与论治互证。辨证要突出主要证候，论治要强调有效方药。两者互证，特别是有效方药的反证是辨证准确及造模成功的条件。③形态与功能结合。形态要观察结构上的细微变化，功能要揭示其相关的变化。两者结合能全面深入地考察机体的内在环境，也就是“气”证的实质。

89. 新药研制务必“一切服从临床”

自从1985年卫生部颁布实施《药品管理法》以来，新药的研制开发已经逐渐形成一门综合性的学科。以中药新药的研制而言，它是应用中医药理论结合现代多学科的知

识和技术的一门新兴学科，包含中医学、中药学、药效学、药理学、毒理学、生物统计学、药品管理学等多方面的有机结合。一般新药研制要经历**八个步骤**：选题（可行性考查），立题制定研制方案，落实实施措施，申报审批，转让保护，生产销售，售后观察。也可称八个环节，每个环节均要“一切服从临床”，研制的产品必须“安全”、“可靠”、“稳定”，这六个字是重中之重，也是“一切服从临床”的具体反映。本人在《药品管理法》后曾从事中药新药研制10多个品种，获准字号证书和生产批文的如“补心气口服液”、“滋心阴口服液”、“心痛舒喷雾剂”、“脑血康口服液”、“益肾蠲痹丸”、“猪苓多糖胶囊”、“六味地黄浓缩丸”、“妇炎消栓”、“壮尔阳口服液”等近10种。可算“过来人”，经验和教训都较深刻，成功之道就是这句话：“一切服从临床”。

1）选题：选题的可行性分析的前提是市场调研，要选择市场需求量大、竞争产品少、价格适中的品种进行研制。要选择发病率高、就医率高的患者人群，如改善脑功能、抗血栓、调节血脂、调节功能（内分泌失调、性功能障碍、免疫功能降低）、抗肿瘤，抗病毒如肝炎、艾滋病、强心类、抗风湿类等等。而且这些病种大多是西医盲点，中医有疗效优势者。这与发病率低，或发病率虽高但就医率低的患者人群相比，其市场容量要大得多。再加上有竞争力强的同类产品，新药又不具备采用低价策略，则打开市场的难度就更大。中药新药还必须考虑同证类的品种，如治疗心血管病的中成药大多以补气活血或活血化瘀组方，故现有的心病中成药均是此种证类者充斥市场，互相重复。如果研制心病中成药仍挤在这根“独木桥”上，则前景肯定暗淡，常常会陷入低水平重复的绝境。其次疗效也应列作关键。临床疗效不明显，或者同西药的疗效差异不大，如不少的减肥品、壮阳药或生发剂、养血精等等，利用广告“轰炸效应”，“痛快一时”，可惜都因疗效差，市场很快萎缩，昙花一现，“来去匆匆”。比如降血压的中西药，市场上琳琅满目，良莠混杂，但大部分西药虽然可以降压但作用不持久、不稳定，而且副作用较多；大多数的中药都在“平肝熄风”、“滋水涵木”的框框里做文章，疗效不确切、不巩固。如果根据当前临床痰浊证类骤增的现状，研制一种“痰瘀同治”的降压中药新药，疗效好，副作用小，必定会受医患欢迎而前途无量。再次，要有经济效益的预测，包括生产成本、保本基点、投资收益等等。新产品的价格以成本为基础并受竞争产品价格和患者的承受能力制约。保本基点＝开发投资。市场销售量大于保本基点就会赢利，差值越大赢利越高。选题中市场、疗效和效益是三个不可分割的可行性分析要点。

2）立题：选题的可行性分析确立后，要组方预测，可以先用汤剂的形式在临床做小规模实验，至少100例以观察其疗效。**临床疗效是新药的生命**，“有效则活，无效则死”。这是立题的第一法则。

3）制定研制方案：通过文献检索查新，根据有关学科的专业知识，结合产品的审批要求制定一整套科学、可行的研制方案，包括处方的筛选和确立、剂型的选择和临床疗效的再初试、制备工艺流程、质量控制标准、稳定性考察、药效学、毒理学试验、临床验证方案等，并有一个详细务实的实施计划。

4）落实实施措施：主要是**经费到位和各有关人员的合理组合，协作攻关**，要求精

简、严格、规范，并准确记录和严密分析，保证结果的客观、可靠、可信。

5）申报审批：依法备齐资料，按序逐级申报。

6）转让保护：获准新药证书和生产批文之后要签约转让。如属共同研制开发者应在立题时签署研制、审报、投产销售的“一条龙”协议，明确各方的责权利，并向国家专利局申请专利，谋求技术保护，明确“三权”即发明权、生产权和营销权。

7）投产销售：投产时要严格按照工艺流程，实施产品质量控制，投产面市后要以学术促销，以正当竞争手段确保新产品市场的健康持续拓宽。此时更应强调“一切服从临床”的信条。

8）售后观察：产品投放市场后，要紧密结合临床，组织各类医疗单位进一步观察新药的临床疗效，产品的安全性以及质量的稳定性。

总之，中药新药研制务必“一切服从临床”的内涵是：病种选择以常见病且中医药确有疗效优势者作为切入点，特别是针对西药的盲点弱势或中医证类上的空白点。组方不可繁杂，最多5味以内，而且要视工艺的易难来配伍。剂型选择要有高科技注入，服量要小，服用要方便，疗效则要高。还可对现有的传统剂型实施二次开发，进行工艺革新、剂量改革、缩小服用量、方便服用法、提高疗效、扩大适应证等等。制定临床验证或再验证的方案时，务必要“辨证”，要重于证候学的观察，辅以指标的引证，不可单纯追求指标改善。临床观察一定要遵守“随机盲法对照”的法则，采取大样本、多中心的技术路线，并且运用最先进的统计学方法分析结果，客观评估，实话实说，实事求是。获准生产前后要同生产单位有书面的“君子协议”，明确各方的责权利，以“双赢”为目标，互利互惠。产品的临床营销更要以学术为龙头，认定医生是药品这个特殊商品的首要中介，学术营销是上策，是取胜获利之道。

90. 中药产业面临的挑战及思考

20世纪中叶，随着人口、粮食、环保问题的发生与逐步治理，并不断获得解决，生命科学已经悄然兴起。生命科学是研究人类生老病死、发生发展规律的多学科交融的新兴学科。随着医学与现代科学技术在理论上、方法上的不断融合，多学科对医学的渗透交叉以及医学本身的不断分化并再综合，人们将在更高的层次上认识生命过程和生命现象，展现了生命科学广阔的发展前景，因此科学家们纷纷预言：21世纪将是生命科学的世纪。在新的世纪里，由于生命科学的兴起与带动，给中药产业创造的机遇是毋庸置疑的，事实上中药产业犹如朝阳已经露出大地。中药产业的崛起和振兴是毋庸置疑的。

20世纪末流行病学调研的结果显示疾病谱在新的世纪里将有重大改变，共计九个病种肆虐人类：临床四病（脑中风、冠心病、肿瘤病、免疫病），传染二病（肝炎、艾滋病），老年三病（糖尿病、痴呆、骨质疏松症）。

行家们分析在新的世纪里中药产业可以在五个领域里大有作为、寻求发展：上述九种常见难治的热门病种；延缓衰老；提升和开发智能；消除并缓解疲劳；美容美发和改善

性功能。

当今的医学模式已经从单纯的医疗康复中解脱出来，逐步走出医院的小天地，融入到人群和社会的大天地中。**随着人们渴望健康长寿和回归自然，随着人们“亚健康”状态的出现和增长，医学的功能已经扩展到预防疾病乃至维护健康、纠正“亚健康”方面。**人们不仅需要高效、安全的治疗药物及康复手段，更需要不被污染、天然纯绿、科技含量高的健康产品及其保健方法。医学模式经历医疗、康复、预防阶段而进入保健阶段，产生了保健医学，并由此产生了健康产业、保健产品的需求。由于中医药历来注重人体的预防、保健和养生。它采取的手段常常是天然的草药及非药物的综合手段，包括针灸、食疗、体疗、意疗等等，它既有系统的理论又具丰富的实践经验，并且千百年来已经在民间扎根留种，受到人们的青睐。中药产业的一些有识之士已经把握了这种时代发展的趋势，开始了革命性的转轨。

在这大潮里，中药产业受到的挑战更加严峻。我国的医疗制度改革经过酝酿和试点，已经全面展开，主要是由旧式的“公费医疗”向市场经济的“医疗保险”转变。医保的政策已经出台，如对药品实行处方药与非处方药的分类管理；医院药房独立核算和依法纳税等。这是对中药产业的第一个冲击波。许多企业从思想上、认识上、组织上、措施上都没有适应医疗改革的转折，没有认识新形势，没有研究新问题，更没有采取新措施，出现了研制、生产、营销多个环节全方位的被动。

2000 年中国加入世界贸易组织以来，中药产业受到第二个冲击波：一方面中成药不能全面高份额地进军国际市场，而洋中药的进口逐年增长，连国内市场也将不保。加之大多数中药企业营销策略上的失误，忽视了药品是特殊商品的特性，把药品等同于一般的商品，采取商业营销的手段和流程。比如有些企业不顾自己的实力，相互攀比，一味追求商业广告的轰动效应，不惜重金打广告战，结果入不敷出，造成负债经营的被动局面；有的企业盲目扩大批准生产时的适应证，宣传虚假的应用范围，好像什么病都能治，结果什么病都不治，反而丧失产品疗效的原貌，得不偿失；有些企业热衷于不正当竞争以高扣率营销，对大企业的热销产品仿制仿冒，昧着良心对有效的产品进行“勾兑”，降低价贵药材的用量，不顾疗效的确保。这些营销上的失误使不少企业陷入困境，一旦国外企业进入国内的营销市场，这些企业的倒闭将肯定无疑。

中药企业缺乏拳头产品是第三个冲击波。拳头产品的标志在于“三高四特”：科技含量高、知名度高、销售额高；特效、特色、特便、特亮。科技含量是拳头产品的第一要素，也是富有市场竞争力的源头。科技含量有三个体系：一是组方既要符合中医药的君臣佐使、理法方药，又要有新的创意，从药味组成到剂型选择均有特色，并保证确切的疗效；二是服量要少而精，并按中药的传统服法口服 2 次，要少而简，最好口服 1 次，药效维持 1 天，服法要少而便，口感要乐于接受；三是外观靓丽，精致，包装诱人，有爱不释手的魅力。绝大多数的中药企业对拳头产品有两种反差：一种是产品虽然是主打的拳头，科技含量高，市场营销也对路，但为眼前的近利、小利，多家转让，多家分享，各自为政，谁也握不紧拳头，这是“分力现象”；另一种是产品虽然是独家产销，但科技含量不高，营

销不尽对路，企业不可能捏紧拳头，这是“指头现象”。

面对中药产业的挑战，国家制定了医药产业发展战略：**“自立创新，完善体系，源头结合，全程推进，建立民族跨国医药集团”**。为了实现这一发展战略，国家又确立了六项重点：

创新药物的研究开发：针对疾病谱的九个病种和五个热点，重点研究开发心脑血管病、免疫病、肿瘤病、糖尿病、骨质疏松症、肝炎、延缓衰老、开发智能的新药，以满足国内医药市场的需求，并打入国际市场。

推进中医药的现代化进程：逐步建立国际认可的中医药标准，促进中医药的传统优势和现代科技的交融，并加强中成药的二次高科技开发，形成有知识产权保护的、有国际竞争力的中医药科技体系。

建立分子水平的体外药理筛选方法和药物活性评估体系，并使之规范化、标准化、实用化，使中药筛选达到微量、快速、简便。

执行 GCP(临床)、GLP(实验)、GMP(药厂)、GSP(市场)等**国际标准**。

加强国际交流合作，引进新技术、新产品、新管理、新思维和发展基金。

开通网络，建立药物疗效及安全评估中心、临床验证中心、医药产业基地、产品营销中心、人才培训交流中心。

中药产业的应对策略可以归纳有三条：

第一条，**技术创新的必然及高科技的注入**。

技术创新是当前中药产业摆脱困境，转变被动，走出低谷，谋求自身发展，开创美好未来的必由之路。技术创新是集基础和开发、研究与商品化生产于一体的系统工程，是一条龙的多方位经济活动。创新的技术特征，表现在多学科的渗透和交叉，全过程的科学制空点和制控权，特别在于生物分子水平的研究和基因工程的引入。目前中药产业的技术创新的必然趋势已经充分显露，而且势不可挡。

经济是基础，资金是前提。实施技术创新，必须有高投入的决策做保证。否则成为一句空话。如果在资金的高投入上犹豫不决，三心二意，举棋不定，将形成无米之炊。也就是有了路，没备车；见了河，丢了船；走不了路，过不了河。一句话，成不了气候。真所谓：“舍不得孩子，套不住狼”。

第二条，**科技人才的崛起及专家群体的制控**。

人是一切活动中最活跃、最积极、最根本的因素，人力资源是科学创新的源动力。所以有“科技以人为本”之说。构成科技人才有五要素：爱国主义的激情；强烈的事业心和奋进性；良好的身心素质，能承受多方位的磨炼；扎实的专业功底，真才实学；丰富的创新思维，敏锐的决断能力。科技人才的崛起大约经历四部曲：继承、验证、质疑、创新。

中药产业的制控权，从某种意义上论证，在于专家群组成的团队上。这个专家团队大约有三大功能：咨询、审订、调整、监管企业的发展方向；科技的学术把关及学术注入；提供权威的最新信息，负责人才培训和建立并完善合理的人才梯队。

中药产业的后盾应当是各级专家组成的学会。学会也是产业而且是各类专家的

"学术之家",蕴藏着专家们的集体智慧、团队影响和学术大全。可以这么说:中药产业需要专家,专家需要学会,学会需要学术,这是一条以科技创新为主轴的学术连锁。

第三条,**企业产销的"三集"及市场经济的联动**。

中药产业可持续发展的要诀在于"三集",即集团、集约和集中。集团指包括资金和人才的产销规模经济,全程效益。集约是生产的集约化。集中是专家团队的行为优势。

中药产业的现代化目标应当十分明确:必须有中医药的理论指导;采用先进的制剂工艺表达;确立含量测定的可控性质量体系;药效学的研究进入生物分子水平;生产疗效确切、安全可靠的复方中药制剂;符合市场经济规律的营销策略。

医药市场有别于一般的商品市场,药品的重要中介和媒体是医务人员,所以人们常说医药市场的兴起在于医务人员的到位。药品的消费者就是患者,而其推销员是医务人员。企业与医务人员间如何架起沟通的桥梁,建立起休戚相关、成败与共的联盟,是医药市场的课题,也是企业所研究的学问。医药市场的运作应当十二分地注意学术的威力。采用学术广告造就良性的营销氛围;利用学术资料展示科学的评估和高度的置信;运用学术促销,收到最佳的效益。用学术激起创水平、高效益的联动,将是"一劳永逸"的选择。不论医药市场如何风云突变,不论医药商战如何起伏无情,也不论大潮冲击的潮起潮落,"以情为重,以谊为贵,以诚为道,言必信,信必果",这永远是取胜之道。

中药企业应当树立雄心壮志,抓紧推进科研、医疗和企业在科技源头上的结合,引进高科技创新并开通医药科技的创新网络,**以市场为龙头,产品为前导,生产为基础,科技为动力,专家为后盾,加快实现企业的集团化、产业化,组建科技领先的跨国中药产业集团并确立"盟主地位"**,那么经过严峻无情的挑战,中药产业的未来必定会阳光灿烂,万紫千红!

91.《内经》摘句归类

《黄帝内经》是一部奠定中医理论基础的医学文献。为方便后人"引经据典",以生理、病理、病名、诊断、治则、方药、针灸、养生八门,将其重要经文摘句归类,以便检索,也是个人在校时的一种学习方法。

(1) 生理

1)《素问·生气通天论》:①"阴平阳秘,精神乃治,阴阳离诀,精气乃绝。"②"阳气者,若天与日,失其所,则折寿而不彰。"③"苍天之气,清净则志意治,顺之,则阳气固,虽有贼邪,弗能害也。"④"阳气者,精则养神,柔则养筋。"

2)《素问·阴阳应象大论》:①"阴静阳躁。阳生阴长,阳杀阴藏。阳化气,阴成形";②"阳为气,阴为味";③"清阳出上窍,浊阴出下窍,清阳发腠理,浊阴走五藏,清阳实四肢,浊阴归六府";④"气味辛甘发散为阳,酸苦涌泄为阴";⑤"重阴必阳,重阳必阴";⑥"阴在内,阳之守也,阳在外,阴之使也。"

3)《素问·金匮真言论》:①“夫言人之阴阳,则外为阳,内为阴。言人身之阴阳,则背为阳,腹为阴。言人身之藏府中阴阳,则藏者为阴,府者为阳。肝心脾肺肾五藏皆为阴,胆胃大肠小肠膀胱三焦六府皆为阳”;②“故背为阳,阳中之阳,心也。背为阳,阳中之阴,肺也。”;“腹为阴,阴中之阴,肾也。腹为阴,阴中之阳,肝也。腹为阴,阴中之至阴,脾也。”

4)《素问·灵兰秘典论》、《素问·刺法论》:①“心者,君主之官也,神明出焉”;“肺者,相傅之官,治节出焉”;②“肝者,将军之官,谋虑出焉”;③“胆者,中正之官,决断出焉”;“膻中者,臣使之官,喜乐出焉”;④“脾胃者,仓廪之官,五味出焉”;⑤“大肠者,传道之官,变化出焉”;“小肠者,受盛之官,化物出焉”;⑥“肾者,作强之官,伎巧出焉”;⑦“三焦者,决渎之官,水道出焉”;⑧“膀胱者,州都之官,津液藏焉,气化则能出矣。”

5)《素问·六节藏象论》:①“心者,生之本,神之变也,其华在面,其充在血脉,为阳中之太阳,通于夏气”;②“肺者,气之本,魄之处也,其华在毛,其充在皮,为阳中之太阴,通于秋气”;③“肾者,主蛰,封藏之本,精之处也,其华在发,其充在骨,为阴中之少阴,通于冬气”;④“肝者,罢极之本,魂之居也,其华在爪,其充在筋,以生血气,其味酸,其色苍,此为阳中之少阳,通于春气”;⑤“脾者,仓廪之本,荣之居也,其华在唇四白,其充在肌,其味甘,其色黄,此至阴之类,通于土气”;⑥“胃,大肠,小肠,三焦,膀胱,名曰器,能化糟粕,转味而入出者也”;⑦“凡十一藏,取决于胆也。”

6)《素问·五藏生成篇》:①“心之合脉也”;“肺之合皮也”;②“肝之合筋也”;“脾之合肉也”;③“肾之合骨也”;④“诸脉者皆属于目”;⑤“诸髓者皆属于脑”;⑥“诸筋者皆属于节”;⑦“诸血者皆属于心”;⑧“诸气者皆属于肺”;⑨“故人卧,血归于肝”;⑩“肝受血而能视,足受血而能步,掌受血而能握,指受血而能摄。”

7)《素问·五藏别论》:①“脑、髓、骨、脉、胆、女子胞,此六者地气之所生也,皆藏于阴而象于地,故藏而不写,名曰奇恒之府”;②“夫胃大肠小肠三焦膀胱,此五者,天气之所生也。其气象天,故写而不藏。此受五脏浊气,名曰传化之府”;③“五脏者,藏精气而不泻也,故满而不能实。六腑者,传化物而不藏,故实而不能满也”;④“胃者,水谷之海,六府之大源也。”

8)《素问·脉要精微论》:①“头者,精明之府”;“背者,胸中之府”;②“腰者,肾之府”;③“膝者,筋之府”;④“骨者,髓之府。”

9)《素问·平人气象论》:①“胃之大络,名曰虚里,贯膈络肺,出于左乳下,其动应衣,脉宗气也”;②“人以水谷为本,故人绝水谷,则死。脉无胃气,亦死”;“胃气为本。”

10)《素问·玉机真藏论》:“五脏者,皆禀气于胃,胃者五脏之本也。”

11)《素问·经脉别论》:①“食气入胃,散精于肝,淫气于筋;食气入胃,浊气归心,淫精于脉。脉气流经,经气归于肺。肺朝百脉,输精于皮毛。毛脉合精,行气于府。府精神明,留于四脏,气归于权衡。权衡以平,气口成寸,以决死生”;②“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行,合于四时,五脏阴阳,揆度以为常也。”

12)《素问·宣明五气篇》、《灵枢·九针》:①“酸入肝,辛入肺,苦入心,咸入肾,甘入脾,是谓五入”;②“心恶热,肺恶寒,肝恶风,脾恶湿,肾恶燥,是谓五恶”;③“心为汗,肺为涕,肝为泪,脾为涎,肾为唾,是谓五液”;④“心藏神,肺藏魄,肝藏魂,脾藏意,肾藏志,是谓五脏所藏”;⑤“心主脉,肺主皮,肝主筋,脾主肉,肾主骨,是谓五主。”

13)《素问·血气形志篇》:①“太阳常多血少气,少阳常少血多气,阳明常多气多血”;②“少阴常少血多气,厥阴常多血少气,太阴常多气少血。”

14)《素问·太阴阳明论》:①“脾者土也,治中央”;②“脾脏者,常著胃土之精也”;③“脾与胃,以膜相连耳。”

15)《素问·阳明脉解论》:“四肢者,诸阳之本也。”

16)《素问·痹论》:①“荣者水谷之精气也,和调于五脏,洒陈于六腑,乃能入于脉也,故循脉上下,贯五脏、络六腑也”;②“卫者,水谷之悍气也,其气慓疾滑利,不能入于脉也,故循皮肤之中,分肉之间,熏于肓膜,散于胸腹。”

17)《素问·痿论》:①“肺主身之皮毛,心主身之血脉,肝主身之筋膜,脾主身之肌肉,肾主身之骨髓”;②“阳明者,五脏六腑之海,主润宗筋”;③“冲脉者,经脉之海也,主渗灌谿合,与阳明合于宗筋。”

18)《素问·厥论》:“前阴者,宗筋之所聚,太阴阳明之所合也。”

19)《素问·经络论》:“心赤、肺白、肝青、脾黄、肾黑,皆亦应其经脉之色也。”

20)《素问·水热穴论》:“肾者,胃之关也。”

21)《素问·五运行大论》:①“东方生风,风生木,木生酸,酸生肝,肝生筋,筋生心”;②“南方生热,热生火,火生苦,苦生心,心生血,血生脾”;③“中央生湿,湿生土,土生甘,甘生脾,脾生肉,肉生肺”;④“西方生燥,燥生金,金生辛,辛生肺,肺生皮毛,皮毛生肾”;⑤“北方生寒,寒生水,水生咸,咸生肾,肾生骨髓,髓生肝。”

22)《素问·解精微论》:①“夫心者,五脏之专精也,目者,其窍也,华色者,其荣也”;②“水宗者,积水也。积水者,至阴也。至阴者,肾之精也。宗精之水,所以不出者,是精持之也,辅之裹之。故水不行也”;③“泣涕者,脑也。脑者,阴也。髓者,骨之充也。故脑渗为涕。”

23)《素问·上古天真论》:①“女子七岁,肾气盛,齿更发长。二七,而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子。三七,肾气平均,故真牙生而长极。四七,筋骨坚,发长极,身体盛壮。五七,阳明脉衰,面始焦,发始堕。六七,三阳脉衰于上,面皆焦,发始白。七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也”;②“丈夫八岁,肾气实,发长齿更。二八,肾气盛,天癸至,精气溢泻,阴阳和,故能有子。三八,肾气平均,筋骨劲强,故真牙生而长极。四八,筋骨隆盛,肌肉满壮。五八,肾气衰,发堕齿槁。六八,阳气衰竭于上,面焦,发鬓颁白。七八,肝气衰,筋不能动,天癸竭,精少,肾藏衰,形体皆极。八八,则齿发去”;③“肾者主水,受五藏六府之精而藏之。”

24)《灵枢·本输》:“肺合大肠,大肠者,传道之腑;心合小肠,小肠者,受盛之腑;肝合胆,胆者,中精之腑;脾合胃,胃者,五谷之腑;肾合膀胱,膀胱者,津液之腑也。少阴属

肾，肾上连肺，故将两脏。三焦者，中渎之腑也，水道出焉，属膀胱，是孤之腑也。是六腑之所与合者。”

25）《灵枢·邪气脏腑病形》：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，其精阳气上走于目而为睛，其别气走于耳而为听，其宗气上出于鼻而为臭，其浊气出于胃，走唇舌而为味。其气之津液皆上熏于面，而皮又厚，其肉坚，故天气甚寒不能胜之也。”

26）《灵枢·寿夭刚柔》：“是故内有阴阳，外亦有阴阳。在内者，五脏为阴，六腑为阳；在外者，筋骨为阴，皮肤为阳。”

27）《灵枢·本神》：“生之来谓之精，两精相搏谓之神，随神往来者谓之魂，并精而出入者谓之魄，所以任物者谓之心，心有所忆谓之意，意之所存谓之志，因志而存变谓之思，因思而远慕谓之虑，因虑而处物谓之智。”

28）《灵枢·脉度》：①“心气通于舌，心和则舌能知五味矣；肝气通于目，肝和则目能辨五色矣；脾气通于口，脾和则口能知五谷矣；肺气通于鼻，肺和则鼻能知臭香矣；肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣”；②“阴脉荣其脏，阳脉荣其腑，如环之无端，莫知其纪，终而复始。其流溢之气，内溉脏腑，外濡腠理。”

29）《灵枢·营卫生会》：①“人受气于谷，谷入于胃，以传与肺，五脏六腑，皆以受气，其清者为营，浊者为卫，营在脉中，卫在脉外，营周不休，五十而复大会。阴阳相贯，如环无端”；②“营出于中焦，卫出于下焦”；③“中焦亦并胃中，出上焦之后，此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉，乃化而为血，以奉生身”；④“营卫者精气也，血者神气也，故血之与气，异名同类焉”；⑤“下焦者，别回肠，注于膀胱而渗入焉。故水谷者，常并居于胃中，成糟粕，而俱下于大肠，而成下焦，渗而俱下，济泌别汁，循下焦而渗入膀胱焉”；⑥“上焦如雾，中焦如沤，下焦如渎。”

30）《灵枢·口问》：①“阴气盛，则目瞑；阴气尽而阳气盛，则寤矣”；②“心者，五脏六腑之主也”；③“目者，宗脉之所聚也，上液之道也”；④“口鼻者，气之门户也”；⑤“液者，所以灌精濡空窍者也”；⑥“耳者，宗脉之所聚也。”

31）《灵枢·决气》：①“两神相搏，合而成形，常先身生，是谓精”；②“上焦开发，宣五谷味，熏肤充身泽毛，若雾露之溉，是谓气”；③“腠理发泄，汗出溱溱，是谓津”；④“谷入气满，淖泽注于骨，骨属屈伸，泄泽补益脑髓，皮肤润泽，是谓液”；⑤“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血”；⑥“壅遏营气，令无所避，是谓脉。”

32）《灵枢·海论》：①“胃者，水谷之海”；②“冲脉者，为十二经之海”；③“膻中者，为气之海”；④“脑为髓之海。”

33）《灵枢·五阅五使》：“鼻者，肺之官也；目者，肝之官也；口唇者，脾之官也；舌者，心之官也；耳者，肾之官也。”

34）《灵枢·阴阳清浊》：①“受谷者浊，受气者清。清者注阴，浊者注阳。浊而清者，上出于咽；清而浊者，则下行”；②“清者上注于肺，浊者下走于胃。胃之清气，上出于口；肺之浊气，下注于经，内积于海。”

35)《灵枢·顺气一日分为四时》:"春生、夏长、秋收、冬藏,是气之常也,人亦应之。以一日分为四时,朝则为春,日中为夏,日入为秋,夜半为冬。朝则人气始生,病气衰,故旦慧;日中人气长,长则胜邪,故安;夕则人气始衰,邪气始生,故加;夜半人气入脏,邪气独居于身,故甚也。"

36)《灵枢·本脏》:①"经脉者,所以行血气而营阴阳,濡筋骨,利关节者也。卫气者,所以温分肉,充皮肤,肥腠理,司关合者也";②"五脏者,所以藏精神血气魂魄者也。六腑者,所以化水谷而行津液者也";③"肺合大肠,大肠者,皮其应;心合小肠,小肠者,脉其应;肝合胆,胆者,筋其应;脾合胃,胃者,肉其应;肾合三焦膀胱,三焦膀胱者,腠理毫毛其应。"

37)《灵枢·卫气》:"五脏者,所以藏精神魂魄者也;六腑者,所以受水谷而行化物者也。其气内干五脏,而外络肢节。其浮气之不循经者,为卫气;其精气之行于经者,为营气。"

38)《灵枢·天年》:"人生十岁,五脏始定,血气已通,其气在下,故好走。二十岁,血气始盛,肌肉方长,故好趋。三十岁,五脏大定,肌肉坚固,血脉盛满,故好步。四十岁,五脏六腑十二经脉,皆大盛以平定,腠理始疏,荣华颓落,发颇斑白,平盛不摇,故好坐。五十岁,肝气始衰,肝叶始薄,胆汁始灭,目始不明。六十岁,心气始衰,苦忧悲,血气懈惰,故好卧。七十岁,脾气虚,皮肤枯。八十岁,肺气衰,魄离,故言善误。九十岁,肾气焦,四脏经脉空虚。百岁,五脏皆虚,神气皆去,形骸独居而终矣。"

39)《灵枢·忧恚无言》:"咽喉者,水谷之道也。喉咙者,气之所以上下者也。会厌者,音声之户也。口唇者,音声之扇也。舌者,音声之机也。悬雍垂者,音声之关也。"

40)《灵枢·邪客》:①"宗气积于胸中,出于喉咙,以贯心肺,而行呼吸焉。营气者,泌其津液,注之于脉,化以为血,以荣四末,内注五脏六腑,以应刻数焉。卫气者,出其悍气之慓疾,而先行于四末、分肉、皮肤之间,而不休者也";②"心者,五脏六腑之大主也,精神之所舍也。"

41)《灵枢·九针论》:①"五脏之应天者,肺。肺者,五脏六腑之盖也";②"五脏气:心主噫,肺主咳,肝主语,脾主吞,肾主欠";③"六腑气:胆为怒,胃为气逆为哕,大肠小肠为泄,膀胱不约为遗溺,下焦溢为水";④"五并:精气并肝则忧,并心则喜,并肺则悲,并肾则恐,并脾则畏,是谓五精之气并于脏也。"

42)《灵枢·大惑论》:①"五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精。精之窠为眼,骨之精为瞳子,筋之精为黑眼,血之精为络,其窠气之精为白眼,肌肉之精为约束,裹撷筋骨血气之精而与脉并为系,上属于脑,后出于项中";②"目者,五脏六腑之精也,营卫魂魄之所常营也,神气之所生也";③"是故瞳子黑眼法于阴,白眼赤脉法于阳也。故阴阳合传而精明也";④"目者,心之使也,心者,神之舍也";⑤"夫卫气者,昼日常行于阳,夜行于阴,故阳气尽则卧,阴气尽则寤。"

43)《灵枢·痈疽》:"肠胃受谷,上焦出气,以温分肉,而养骨节,通腠理。中焦出气如露,上注谿谷,而渗孙脉,津液和调,变化而赤为血,血和则孙脉先满溢,乃注于络脉,皆

盈，乃注于经脉。阴阳已张，因息乃行，行有经纪，周有道理，与天合同，不得休止。”

（2）病理

1）《素问·生气通天论》：①“因于湿，首如裹，湿热不攘。大筋緛短，小筋弛长，緛短为拘，弛长为痿”；②“高粱之变，足生大疔”；③“故风者，百病之始也”；④“阴不胜其阳，则脉流薄疾，并乃狂”；⑤“阳不胜其阴，则五藏气争，九窍不通”；⑥“味过于酸，肝气以津，脾气乃绝。味过于咸，大骨气劳，短肌，心气抑。味过于甘，心气喘满，色黑，肾气不衡。味过于苦，脾气不濡，胃气乃厚。味过于辛，筋脉沮弛，精神乃央。”

2）《素问·阴阳应象大论》：①“寒极生热，热极生寒，寒气生浊，热气生清，清气在下，则生飧泄，浊气在上，则生䐜胀”；②“味伤形，气伤精，精化为气，气伤于味”；③“阴胜则阳病，阳胜则阴病，阳胜则热，阴胜则寒，重寒则热，重热则寒”；④“风胜则动；热胜则肿；燥胜则乾；寒胜则浮；湿胜则濡写”；⑤“喜怒伤气，寒暑伤形，暴怒伤阴，暴喜伤阳”；⑥“冬伤于寒，春必温病，春伤于风，夏生飧泄，夏伤于暑，秋必痎疟，秋伤于湿，冬生咳嗽”；⑦“怒伤肝，悲胜怒，风伤筋，燥胜风，酸伤筋，辛胜酸”；⑧“喜伤心，恐胜喜，热伤气，寒胜热，苦伤气，咸胜苦”；⑨“思伤脾，怒胜思，湿伤肉，风胜湿，甘伤肉，酸胜甘”；⑩“忧伤肺，喜胜忧，热伤皮毛，寒胜热，辛伤皮毛，苦胜辛”；⑪“恐伤肾，思胜恐，寒伤血，燥胜寒，咸伤血，甘胜寒。”

3）《素问·阴阳别论》：①“结阳者，肿四支。结阴者，便血一升，再结二升，三结三升”；②“二阳结，谓之消。三阳结，谓之膈。三阴结，谓之水”；③“阳加于阴，谓之汗。阴虚阳搏，谓之崩。”

4）《素问·五藏生成篇》：“卧出而风吹之，血凝于肤者，为痹。凝于脉者，为泣。凝于足者，为厥。此三者，血行而不得反其空，故为痹厥也。”

5）《素问·玉机真藏论》：“脉盛皮热，腹胀，前后不通，闷瞀，此谓五实。脉细，皮寒，气少，泄利前后，饮食不入，此谓五虚。”

6）《素问·藏气法时论》：①“肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒。虚则目䀮䀮无所见，耳无所闻，善恐，如人将捕之”；②“心病者，胸中痛，膺背肩甲间痛，两臂内痛。虚则胸腹大，胁下与腰相引而痛”；③“脾病者，身重，善肌，肉痿，足不收，行善瘛，脚下痛。虚则腹满肠鸣，飧泄食不化”；④“肺病者，咳喘逆气，肩背痛，汗出，尻阴股膝、髀腨胻足皆痛。虚则少气，不能报息，耳聋嗌干”；⑤“肾病者，腹大胫肿，喘咳身重，寝汗出，憎风，虚则胸中痛，大腹、小腹痛，清厥，意不乐。”

7）《素问·宣明五气篇》：①“阴病发于骨，阳病发于血，阴病发于肉，阳病发于冬，阴病发于夏，是谓五发”；②“邪入于阳则狂，邪入于阴则痹，搏阳则为巅疾，搏阴则为瘖，阳入之阴则静，阴出之阳则怒，是谓五乱”；③“久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋，是谓五劳所伤。”

8）《素问·血气形志篇》：①“形乐志苦，病生于脉”；②“形乐志乐，病生于肉”；③“形苦志乐，病生于筋”；④“形苦志苦，病生于咽嗌”；⑤“形数惊恐，经络不通，病生于不仁。”

9）《素问·宝命全形论》:“木得金而伐，火得水而灭，土得木而达，金得火而缺，水得土而绝。”

10）《素问·通评虚实论》:“邪气盛则实，精气夺则虚。”

11）《素问·太阴阳明论》:①“贼风虚邪者，阳受之，食饮不节，起居不时者，阴受之”；②“入六府则身热，不时卧，上为喘呼；入五脏则䐜满闭塞，下为飧泄，久为肠澼”；③“阳受风气，阴受湿气”；④“伤于风者，上先受之；伤于湿者，下先受之”；⑤“脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉皆无气以生，故不用焉。”

12）《素问·阳明脉解篇》:“阳盛，则使人妄言骂詈，不避亲疏，而不欲食，不欲食，故妄走也。”

13）《素问·热论》:①“人之伤于寒也，则为病热”；②“伤寒一日，巨阳受之，故头项痛，腰脊强”；③“二日阳明受之，阳明主肉，其脉挟鼻络于目，故身热目疼而鼻干，不得卧也”；④“三日少阳受之，少阳主胆，其脉循胁，络于耳，故胸胁痛而耳聋”；⑤“四日太阴受之，太阴脉布胃中，络于嗌，故腹满而嗌干”；⑥“五日少阴受之，少阴脉贯肾，络于肺，系舌本，故口燥舌干而渴”；⑦“六日厥阴受之，厥阴脉循阴器，而络于肝，故烦满而囊缩。”

14）《素问·刺热篇》:①“肝热病者，小便先黄，腹痛多卧，身热。热争则狂言及惊；胁满痛，手足躁，不得安卧”；②“心热病者，先不乐，数日乃热，热争则卒心痛，烦闷、善呕，头痛面赤，无汗”；③“脾热病者，先头重，颊痛，烦心，颜青，欲呕，身热，热争则腰痛，不可用俛仰，腹满泄，两颔痛”；④“肺热病者，先淅然厥，起毫毛，恶风寒，舌上黄，身热。热争则喘咳，痛走胸膺背，不得太息，头痛不堪，汗出而寒”；⑤“肾热病者，先腰痛骺痠，苦渴数饮，身热。热争则项痛而强，骺寒且痠，足下热，不欲言。”

15）《素问·评热病论》:①“邪之所凑，其气必虚”；②“月事不来者，胞脉闭也。胞脉者，属心而络于胞中，今气上迫肺，心气不得下通，故月事不来也。”

16）《素问·逆调论》:①“阴气少，而阳气胜，故热而烦满也”；②“阳气少，阴气多，故身寒如从水中出”；③“胃不和则卧不安”；④“夫不得卧，卧则喘者，是水气之客也。”

17）《素问·疟论》:①“阳盛则外热，阴虚则内热”；②“阴胜则寒，阳胜则热”；③“病在阳，则热而脉躁；在阴，则寒而脉静。”

18）《素问·咳论》:①“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”；②“五脏之久咳，乃移于六腑”。

19）《素问·举痛论》:①“经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中，则气不通，故卒然而痛”；②“寒气客于脉外，则脉寒，脉寒则缩踡，缩踡则脉绌急，绌急则外引小络，故卒然而痛，得炅则痛立止，因重中于寒，则痛久矣”；③“寒气客于经脉之中，与炅气相薄则脉满，满则痛而不可按也”；④“寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引故痛，按之则血气散，故按之痛止”；⑤“百病生于气也，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，寒则气收，炅则气泄，惊则气乱，劳则气耗，思则气结。”

20）《素问·风论》:①“风者善行而数变”；②“风者，百病之长也。”

21)《素问·痹论》:①“风寒湿三气杂至,合而为痹也。其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹也”;②“饮食自倍,肠胃乃伤”;③“痛者寒气多也,有寒故痛也”;④“痹在于骨,则重;在于脉,则血凝而不流;在于筋,则屈不伸;在于肉,则不仁;在于皮,则寒。”

22)《素问·痿论》:“阳明虚,则宗筋纵,带脉不引,故足痿不用也”。

23)《素问·厥论》:“阳气衰于下,则为寒厥。阴气衰于下,则为热厥。”

24)《素问·大奇论》:“三阳急,为瘕。三阴急,为疝。”

25)《素问·调经论》:①“血并于阴,气并于阳,故为惊狂”;②“血并于上,气并于下,心烦惋善怒”;③“血并于下,气并于上,乱而善忘”;④“血之与气,并走于上,则为大厥,厥则暴死。”

(3) 病名

1)《素问·四气调神篇》:“从阴阳则生,逆之则死,从之则治,逆之则乱,反顺为逆,是谓内格。”

2)《素问·生气通天论》:①“阳气者,烦劳则张,精绝,辟积于夏,使人煎厥,目盲不可以视,耳闭不可以听,溃溃乎若坏都,汩汩乎不可止。”②“阳气者,大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥,有伤筋,纵,其若不容。”③“汗出偏沮,使人偏枯。汗出见湿,乃生痤疿。”“劳汗当风,寒薄为皶,郁乃痤。”④“开阖不得,寒气从之,乃生大偻。”“魄汗未尽,形弱而气烁,穴俞以闭,发为风疟。”⑤“阴不胜其阳,则脉流薄疾,并乃狂。”⑥“春伤于风,邪气留连,乃为洞泄。夏伤于暑,秋为痎疟。秋伤于湿,上逆而咳,发为痿厥。”

3)《素问·阴阳别论》:①“二阳之病发心脾,有不得隐曲,女子不月;其传为风消,其传为息贲者,死不治。”②“三阳为病,发寒热,下为痈肿,乃为痿厥,腨痟;其传为索泽,其传为颓疝。” ③“一阳发病,少气善咳善泄;其传为心掣,其传为隔。”④“二阳一阴发病,主惊骇,背痛,善噫,善欠,名曰风厥。”⑤“阴阳结斜,多阴少阳,曰石水,少腹肿。”⑥“一阴一阳结,谓之喉痹。”

4)《素问·六节藏象论》:①“人迎一盛,病在少阳,二盛病在太阳,三盛病在阳明,四盛已上,为格阳。”②“寸口一盛,病在厥阴,二盛病在少阴,三盛病在太阴,四盛已上,为关阴。”③“人迎与寸口俱盛,四倍已上,为关格,关格之脉羸,不能极于天地之精气,则死矣。”

5)《素问·五脏生成篇》:①“卧出而风吹之,血凝于肤者,为痹。凝于脉者,为泣。凝于足者,为厥。此三者,血行而不能反其空,故为痹厥也。”②“赤脉之至也,喘而坚,诊曰,有积气在中,时客于食,名曰心痹,得之外疾,思虑而心虚,故邪从之。”③“白脉之至也,喘而浮,上虚下实,惊,有积气在胸中,喘而虚,名曰肺痹,寒热,得之醉而使内也。”④“青脉之至也,长而左右弹,有积气在心下支胠,名曰肝痹,得之寒湿,与疝同法,腰疼足清头痛。”⑤“黄脉之至也,大而虚,有积气在腹中,有厥气,名曰厥疝,女子同法,得之疾使四支,汗出当风。”⑥“黑脉之至也,上坚而大,有积气在小腹与阴,名曰肾痹。得之

沐浴清水而卧。"

6)《素问·脉要精微论》:①"反四时者,有余为精,不足为消。应太过,不足为精;应不足,有余为消。阴阳不相应,病名曰关格。"②"帝曰:诊得心脉而急,此为何病?病形何知?岐伯曰:病名心疝,少腹当有形也。"③"粗大者,阴不足,阳有余,为热中也。来疾去徐,上实下虚,为厥巅疾;来徐去疾,上虚下实,为恶风也。"④"中恶风者,阳气受也。有脉俱沉细数者,少阴厥也;沉细数散者,寒热也;浮而散者,为眴仆。"

7)《素问·平人气象论》:"病心脉来,喘喘连属,其中微曲,曰心病。""病肺脉来,不上不下,如循鸡羽,曰肺病。""病肝脉来,盈实而滑,如循长竿,曰肝病。""病脾脉来,实而盈数,如鸡举足,曰脾病。""病肾脉来,如引葛。按之益坚,曰肾病。"

8)《素问·玉机真藏论》:①"脾为孤脏,其不及,则令人九窍不通,名曰重强。"②"病入舍于肺,名曰肺痹,发咳上气。"③"肺即传而行之肝,病名曰肝痹。一名曰厥,胁痛出食。"④"肝传之脾,病名曰脾风、发瘅,腹中热,烦心,出黄,"⑤"脾传之肾,病名曰疝瘕。少腹冤热而痛,出白,一名曰蛊。"⑥"肾传之心,病筋脉相引而急,病名曰瘛。"

9)《素问·评热病论》:①"黄帝问曰:有病温者,汗出辄复热,而脉躁疾,不为汗衰,狂言不能食,病名为何?岐伯对曰:病名阴阳交,交者死也。"②"汗出而身热者,风也;汗出而烦满不解者,厥也:病名曰风厥。"③"劳风法在肺下,其为病也,使人强上冥视,唾出若涕,恶风而振寒,此为劳风之病。"④"有病肾风者,面胕[illegible]然壅,害于言,"⑤"至必少气,时热。时热从胸背上至头,汗出手热,口干苦渴,小便黄、目下肿,腹中鸣,身重难以行,月事不来,烦而不能食,不能正偃,正偃则咳,病名曰风水。"

10)《素问·逆调论》:①"所以不能冻慄者,肝一阳也,心二阳也,肾孤脏也。一水不能胜二火,故不能冻慄,病名曰骨痹。是人当挛节也。"②"帝曰:人之肉苛者,虽近衣絮,犹尚苛也,是谓何疾?岐伯曰:荣气虚,卫气实也,荣气虚则不仁,卫气虚则不用,荣卫俱虚,则不仁且不用,肉如故也。"

11)《素问·疟论》:①"先伤于寒,而后伤于风,故先寒而后热也,病以时作,名曰寒疟。"②"先伤于风,而后伤于寒故先热而后寒也,亦以时作,名曰温疟。"③"其但热而不寒者,阴气先绝,阳气独发,则少气烦冤,手足热而欲呕,名曰瘅疟。"

12)《素问·刺疟篇》:"风疟,疟发则汗出恶风……骱痠痛甚,按之不可,名曰胕髓病。"

13)《素问·气厥论》:①"心移寒于肺,肺消,肺消者,饮一溲二,死不治。"②"肺移寒于肾,为涌水。涌水者,按腹不坚,水气寒于大肠,疾行,则鸣濯濯,如囊裹浆,水之病也。"③"心移热于肺,传为鬲消。""肺移热于肾,传为柔痉。""肾移热于脾,传为虚肠澼,死不可治。"④"膀胱移热于小肠,鬲肠不便,上为口糜。""小肠移热于大肠,为虙瘕,为沉痔。"⑤"大肠移热于胃,善食而瘦,又谓之食亦。胃移热于胆,亦曰食亦。"⑥"胆移热于脑,则卒頞鼻渊。鼻渊者,浊涕下不止也,传为衄衊,瞑目。"

14)《素问·腹中论》:①"心腹满,旦食则不能暮食,名为鼓胀。"②"胸胁支满者,妨于食,病至则先闻腥躁臭,出清液,先唾血,四支清,目眩,时时前后血,病名血枯,此得之年

少时，有所大脱血，若醉入房中，气竭肝伤，故月事衰少不来也。”③“少腹盛，上下左右皆有根，病名曰伏梁。身体髀股䯒皆肿，环齐而痛。”④“膺肿颈痛，胸满腹胀，名厥逆。”

15）《素问·风论》：①“疠者，有荣气热胕，其气不清，故使其鼻柱坏而色败，皮肤疡溃，风寒客于脉而不者，名曰疠风。”②“各入其门户所中，则为偏风，风气循风府而上，则为脑风，风入系头，则为目风眼寒，饮酒中风，则为漏风，入房汗出中风，则为内风，新沐中风，则为首风，久风入中，则为肠风飧泄，外在腠理，则为泄风。”③“肺风之状，多汗，恶风，色皏然白，时咳短气，昼日则差，暮则甚，诊在眉上，其色白。”④“心风之状，多汗恶风，焦绝，善怒嚇，赤色，病甚则言不可快，诊在舌，其色赤。”⑤“肝风之状，多汗恶风，善悲色微苍嗌干，善怒，时憎女子，诊在目下，其色青。”⑥“脾风之状，多汗恶风，身体怠惰，四肢不欲动，色薄微黄，不嗜食，诊在鼻上，其色黄。”⑦“肾风之状，多汗恶风，面痝然浮肿，脊痛不能正立，其色炲，隐曲不利，诊在肌上，其色黑。”⑧“胃风之状，颈多汗，恶风，食饮不下，鬲塞不通，腹善满，失衣，则䐜胀，食寒则泄，诊形瘦而腹大。”⑨“首风之状，头面多汗恶风，当先风一日，则病甚，头痛不可以出内，至其风日则病少愈。”⑩“漏风之状，或多汗，常不可单衣，食则汗出，甚则自汗喘息恶风，衣常濡，口干善渴，不能劳事。”⑪“泄风之状，多汗，汗出泄衣上，口中干，上渍其风，不能劳事，身体尽痛，则寒。”

16）《素问·痹论》：①“其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也。”②“以冬遇此者为骨痹，以春遇此者为筋痹，以夏遇此者为脉痹，以至阴遇此者为肌痹，以秋遇此者为皮痹。”③“痹在于骨，则重；在于脉，则血凝而不流；在于筋，则屈不伸；在于肉，则不仁；在于皮，则寒。”④“肺痹者烦满，喘而呕。”⑤“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，嗌干，善噫，厥气上逆则恐。”⑥“肝痹者，夜卧则惊，多饮数小便，上为引如怀。”⑦“肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头。”⑧“脾痹者，四支解堕发咳，呕汁，上为大塞。”⑨“肠痹者，数饮而出不得，中气喘争，时发飧泄。”⑩“胞痹者，少腹膀胱，按之内痛，若沃以汤，涩于小便，上为清涕。”

17）《素问·痿论》：①“肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄，着则生痿躄也。”②“心气热，则下脉厥而上，上则下脉虚，虚则生脉痿。”③“肝气热，则胆泄口苦，筋膜干，筋膜干则筋急而挛，发为筋痿。”④“脾气热，则胃干而渴，肌肉不仁，发为肉痿。”⑤“肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。”

18）《素问·厥论》：①“巨阳之厥，则肿首头重，足不能行，发为眴仆。”② “手阳明、少阳厥逆，发喉痹。嗌肿，痓。”

19）《素问·病能论》：①“诊此者，当候胃脉，其脉当沉细。沉细者气逆。逆者人迎甚盛，其盛则热，人迎者，胃脉也。逆而盛，则热聚于胃口而不行，故胃脘为痈也。”②“阳气者，因暴折而难决，故善怒也，病名曰阳厥。”③“有病身热解坠，汗出如浴，恶风少气，病名曰酒风。”

20）《素问·奇病论》：①“病胁下满，气逆，二三岁不已。病名曰息积。”②“人有身体髀股䯒皆肿，环齐而痛。病名曰伏梁。”③“人有尺脉动甚，筋急而见。此所谓疹筋，是人腹必急，白色黑色见，则病甚。”④“当有所犯大寒，内至骨髓，髓者以脑为主，脑逆故会头

痛，齿亦痛。病名曰厥逆。”⑤“有病口甘者。此五气之溢也，名曰脾瘅。”⑥“有病口苦，取阳陵泉。病名胆瘅。”⑦“有癃者，一日数十溲，此不足也，身热如炭，颈膺如格。人迎躁盛，喘息气逆，此有余也。病在太阴，其盛在胃，颇在肺，病名曰厥，死不治。”⑧“人生而有病巅疾者，病为名胎病，此得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为巅疾也。”⑨“有病庞然如有水状，切其脉大紧，身无痛者，形不瘦，不能食，食少。病生在肾，名为肾风，肾风而不能食，善惊，惊已，心气痿者死。”

21）《素问·脉解论》：①“所谓人中为瘖者，阳气已衰，故为瘖也，内夺而厥，则为瘖俳，此肾虚也，少阴不至者厥也。”②“所谓少气善怒者，阳气不治，阳气不治则阳气不得出，肝气常治而未得，故善怒，善怒者名曰煎厥。”③“厥阴所谓癞疝，妇人少腹肿者，厥阴者辰也，三月阳中之阴，邪在中，故曰癞疝，少腹肿也。”④“所谓癞癃疝，肤胀者，日阴亦盛，而脉胀不通，故曰癞癃疝也。”

22）《素问·长刺节论》：①“病在少腹，腹痛，不得大小便，病名曰疝。”“病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹。”②“病在肌肤，肌肤尽痛，名曰肌痹。”“病在骨，骨重不可举，论髓酸痛，寒气至，名曰骨痹。”③“病在诸阳脉，且寒且热，诸分，且寒且热，名曰狂。”“病初发，岁一发。不治，月一发。不治，月四五发，名曰癫病。”④“病大风，骨节重，须眉坠，名曰大风。”

23）《素问·水热穴论》：“勇而劳甚则肾汗出，肾汗出，逢于风，内不得人于脏府，外不得越于皮肤，客于玄府，行于皮里，传为胕肿，本之于肾，名曰风水。”

24）《素问·调经论》：“血之与气，并走于上，则为大厥。”

25）《素问·缪刺论》：①“邪客于足少阴之络，令人卒心痛，”②“邪客于手足少阴、太阴、足阳明之络，此五络，皆会于耳中，上络左角，五络竭竭，令人身脉皆动，而形无知也，其状若尸，或曰尸厥。”

26）《素问遗篇·本病论》：①“民病瘟疫早发，咽嗌乃干，四肢满，肢节皆痛。久而化郁，即大风摧拉，折陨鸣紊。民病卒中偏痹，手足不仁。”②“民病伏阳，而内生烦热，心神惊悸，寒热间作，日久成郁，即暴热乃至，赤风瞳翳，化疫温疠，暖作，赤气瘴，而化火疫，皆烦而燥渴。”③“民病风厥涎潮，偏痹不随，胀满。久而伏郁，即黄埃化疫也，民病夭亡，脸支府黄疸，满闭，湿令弗布，雨化乃微。”④“民病注下，食不及化，久而成郁，冷来客热，冰雹卒至。”⑤“民病掉眩，手足直而不仁，两胁作痛，满目忙忙。”⑥“民病大厥，四肢重怠，阴痿少力，天布沉阴，蒸湿间作。”⑦“民病痎疟骨热心悸惊骇，甚时血溢。”⑧“民病温疠至，喉闭嗌干，烦躁而渴，喘息而有音也。”⑨“民病温疫，疵发风生，皆支节痛，头目痛，伏热内烦，咽喉干，引饮。”⑩“水运亦小虚而小胜，或有复，后三年化疠，名曰水疠，其状如水疫，”⑪“金运小虚也，有小胜或无复，后三年化疠，名曰金疠，其状如金疫也，”⑫“木运小虚也，有小胜小复，后三年化疠，名曰木疠，其状如风疫，”⑬“火运小虚也，有小胜而无复也，后三年化疠，名曰火疫也，”

27）《素问·五常政大论》：①“升明之纪，正阳而治，德施周普，五化均衡，……其病瞤瘛。”②“委和之纪，是谓胜生，生气不政，化气乃扬，……其病支废，”③“伏明之纪，是

谓胜长，长气不室，藏气反布，……其病昏惑悲忘，"④"卑监之纪，是谓减化，化气不金，生政独彰，……其病飧泄，"⑤"涸流之纪，是谓反阳，藏令不举，化气乃昌，……其病癃闭。"⑥"赫曦之纪，是谓蕃茂，阴气内化，阳气外荣，炎暑施化，物得以昌，……其病笑疟疮疡，血流狂妄，目赤。"

28)《素问·六元正纪大论》:①"溽暑，湿热相薄，争于左之上，民病黄瘅而为胕肿。"②"热至则生热，吐下霍乱，痈疽疮疡，瞀郁注下，瞤瘛肿胀呕，鼽衄……。"

29)《素问·至真要大论》:①"厥阴司天，风淫所胜……民病胃脘当心而痛。"②"太阳司天，寒淫所胜，则寒气反至……民病厥心痛。"

30)《素问·著至教论》:"三阳者，至阳也。……并于阴，则上下无常，薄为肠澼。"

31)《灵枢·邪气脏腑病形》:①"心脉急甚者为瘛疭；微急为心痛引背，食不下。缓甚为狂笑；微缓为伏梁，在心下，上下行，时唾血。大甚为喉吤；微大为心痹引背，善泪出。小甚为善哕，微小为消瘅。滑甚为善喝；微滑为心疝引脐，小腹鸣。涩甚为瘖；微涩为血溢，维厥，耳鸣，颠疾。"②"肺脉急甚为癫疾；微急为肺寒热，怠惰、咳唾血，引腰背胸，若鼻息肉不通。缓甚为多汗；微缓为痿瘘，偏风，头以下汗出不可止。大甚为胫肿；微大为肺痹引胸背，起恶日光，小甚为泄。微小为消瘅。滑甚为息贲上气，微滑为上下出血。涩甚为呕血；微涩为鼠瘘，在颈支腋之间，下不胜其上，其应善痠矣。"③"肝脉急甚者为恶言；微急为肥气，在胁下若覆杯。缓甚为善呕；缓微为水瘕痹也。大甚为内痈，善呕衄；微大为肝痹，阴缩，咳引小腹。小甚为多饮，微小为消瘅。滑甚为㿉疝；微滑为遗溺。涩甚为溢饮；微涩为瘛挛筋痹。"④"脾脉急甚为瘛疭；微急为膈中，食饮入而还出，后沃沫。缓甚为痿厥；微缓为风痿，四肢不用，心慧然若无病。大甚为击仆；微大为疝气，腹裹大脓血，在肠胃之外。小甚为寒热；微小为消瘅。滑甚为㿉癃；微滑为虫毒蛕蝎腹热。涩甚为肠㿉；微涩为内溃，多下脓血。"⑤"肾脉急甚为骨癫疾；微急为沉厥奔豚，足不收，不得前后。缓甚为折脊；微缓为洞，洞者，食不化，下嗌还出。大甚为阴痿；微大为石水，起脐以下至小腹腄腄然，上至胃脘，死不治。小甚为洞泄；微小为消瘅。滑甚为癃㿉，微滑为骨痿，坐不能起，起则目无所见。涩甚为大痈；微涩为不月沉痔。"

32)《灵枢·寿夭刚柔》:①"病在阳者命曰风，病在阴者命曰痹，阴阳俱病命曰风痹。"②"寒痹之为病也，留而不去，时痛而皮不仁。"

33)《灵枢·终始》:①"人迎四盛，且大且数，名曰溢阳，溢阳为外格。"②"脉口四盛，且大且数者，名曰溢阴，溢阴为内关，内关不通死不治。"③"人迎与太阴脉口俱盛四倍以上，命曰关格，关格者与之短期。"

34)《灵枢·经脉》:①"肺胀满，膨膨而喘咳，缺盆中痛，甚则交两手而瞀，此为臂厥。"②"洒洒振寒，善伸数欠颜黑，病至，恶人与火，闻木音，则惕然而惊，心动，欲独闭户牖而处，甚则欲上高而歌，弃衣而走，贲响腹胀，是为骭厥。"③"嗌干心痛，渴而欲饮，是为臂厥。"④"冲头痛，目似脱，项似拔，脊痛腰似折，髀不可以曲。腘如结，踹如裂，是为踝厥。"⑤"饥不欲食，面如漆柴，咳唾则有血，喝喝而喘，坐而欲起，目䀮䀮如无所见，心若悬若饥状，气不足则善恐，心惕惕如人将捕之，是为骨厥。"⑥"口苦，善太息，心胁痛不能

转侧，甚则面微有尘，体无膏泽，足外反热，是为阳厥。”

35)《灵枢·癫狂》:①“骨癫疾者，颇齿诸腧分肉皆满，而骨居，汗出烦悗。呕多涎沫，气下泄，不治。”②“筋癫疾者，身倦挛急脉大，”③“脉癫疾者，暴仆，四肢之脉皆胀而纵。”

36)《灵枢·热病》:①“偏枯，身偏不用而痛，言不变，志不乱，病在分腠之间。”②“痱之为病也，身无痛者，四肢不收，智乱不甚，其言微知，”③“心疝暴痛。”④“喉痹舌卷，口中干，烦心心痛，臂内廉痛，不可及头。”

37)《灵枢·厥病》:①“厥头痛，面若肿起而烦心……心悲，喜泣，……意善忘，按之不得……项先痛，腰脊为应……耳前后脉涌有热，”②“真头痛，头痛甚，脑尽痛，手足寒至节，死不治，”③“厥心痛，与背相控，善瘈，如从后触其心，伛偻者，肾心痛也，”④“厥心痛，腹胀胸满，心尤痛甚，胃心痛也，”⑤“厥心痛，痛如以锥针刺其心，心痛甚者，脾心痛也，”⑥“厥心痛，色苍苍如死状，终日不得太息，肝心痛也，”⑦“厥心痛，卧若徒居心痛间；动作痛益甚，色不变，肺心痛也，”⑧“真心痛，手足清至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死。”

38)《灵枢·周痹》:“周痹者，在于血脉之中，随脉以上，随脉以下，不能左右，各当其所。……此内不在脏，而外未发于皮，独居分肉之间，真气不能周，故命曰周痹。”

39)《灵枢·口问》:①“阳气未尽，阳引而上，阴引而下，阴阳相引，故数欠。”②“寒气与新谷气，俱还入于胃，新故相乱，真邪相攻，气并相逆，复出于胃，故为哕。”③“阴气盛而阳气虚，阴气疾而阳气徐，阴气盛而阳气绝，故为唏。”④“寒气客于胃，厥逆从下上散，复出于胃，故为噫。”⑤“阳气和利，满于心，出于鼻，故为嚏。”⑥“胃不实则诸脉虚，诸脉虚则筋脉懈惰，筋脉懈惰则行阴用力，气不能复，故为亸。”

40)《灵枢·胀论》:“心胀者，烦心短气，卧不安。肺胀者，虚满而喘咳。肝胀者，胁下满而痛引小腹。脾胀者，善哕，四肢烦悗，体重不能胜衣，卧不安。肾胀者，腹满引背央央然，腰髀痛。六腑胀：胃胀者，腹满，胃脘痛，鼻闻焦臭，妨于食，大便难。大肠胀者，肠鸣而痛濯濯，冬日重感于寒，则飧泄不化。小肠胀者，少腹䐜胀，引腰而痛。膀胱胀者，少腹满而气癃。三焦胀者，气满于皮肤中，轻轻然而不坚。胆胀者，胁下痛胀，口中苦，善太息。”

41)《灵枢·水胀》:①“肠覃何如？岐伯曰：寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内著，恶气乃起，瘜肉乃生。其始生也，大如鸡卵，稍以益大，至其成也，如怀子之状，久者离岁，按之则坚，推之则移，月事以时下，”②“石瘕生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，衃以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下。”

42)《灵枢·痈疽》:①“痈发于嗌中，名曰猛疽。猛疽不治，化为脓，脓不泻，塞咽，半日死，”②“发于颈名曰夭疽，其痈大以赤黑，不急治，则热气下入渊腋，前伤任脉，内熏肝肺，十余日而死矣。”③“阳气大发，消脑留项，名曰脑烁。其色不乐，项痛而如刺以针，烦心者，死不可治。”④“发与肩及臑，名曰疵痈，其状赤黑，急治之，此令人汗出至足，不害五脏。”⑤“发于腋下赤坚者，名曰米疽。”⑥“发于胸，名曰井疽，其状如大豆，三四日起，

不早治，下入腹，不治，七日死矣。”⑦“发于膺，名曰甘疽，色青，其状如榖实菰瓤，常苦寒热，急治之。”⑧“发于胁，名曰败疵，败疵者，女子之病也，久之，其病大痈脓，其中乃生肉，大如赤小豆。”⑨“发于股胫，名曰股胫疽，其状不甚变，而痈脓搏骨，不急治，三十日死矣。”⑩“发于尻，名曰锐疽，其状赤坚大，急治之。不治，三十日死矣。”⑪“发于股阴，名曰赤施，不急治，六十日死，”⑫“发于膝，名曰疵疽，其状大痈，色不变，寒热而坚瘧。”⑬“发于胫，名曰兔啮，其状赤至骨，”⑭“发于内踝，名曰走缓，其状痈也，色不变，”⑮“发于足上下，名曰四淫，其状大痈，不急治之，百日死。”⑯“发于足傍，名曰厉痈，其状不大，初如小指发，”⑰“发于足指，名脱痈，其状赤黑，死不治。”

（4）诊断

1）《素问·阴阳应象大论》：“善诊者，察色按脉，先别阴阳，审清浊，而知部分，视喘息，听声音，而知所苦，观权衡规矩，而知病所主，按尺寸，观浮沉滑涩，而知病所生，以治无过，以诊则不失矣。”

2）《素问·五藏生成篇》：①“色见青如草兹者，死。黄如枳实者，死。黑如炲者，死。赤如衃血者，死。白如枯骨者，死。此五色之见死也。”②“青如翠羽者生，赤如鸡冠者生，黄如蟹腹者生，白如豕膏者生，黑如乌羽者生。此五色之见生也。”③“夫脉之大小滑涩浮沉，可以指别，五脏之象，可以类推，五脏相音，可以音识，五色微诊，可以目察，能合色脉，可以万全。”④“凡相五色之奇脉，面黄目青，面黄目赤，面黄目白，面黄目黑者，皆不死也。”⑤“面青目赤，面赤目白，面青目黑，面黑目白，面赤目青，皆死也。”

3）《素问·脉要精微论》：①“诊法常以平旦，阴气未动，阳气未散，饮食未进，经脉未盛，络脉调匀，气血未乱，故乃可诊有过之脉。”②“切脉动静，而视精明，察五色，观五藏有余不足，六府强弱，形之盛衰，以此参伍，决生死之分。”③“夫脉者，血之府也，长则气治，短则气病，数则烦心，大则病进，上盛则气高，下盛则气胀，代则气衰，细则气少，涩则心痛，浑浑革至如涌泉，病进而色弊，绵绵其去如弦绝，死。”④“夫精明五色者，气之华也。赤欲如白裹朱，不欲如赭；白欲如鹅羽，不欲如盐；青欲如苍壁之泽，不欲如兰；黄欲如罗裹雄黄，不欲如黄土；黑欲如重漆色，不欲如地苍。五色精微象见矣，其寿不久也。”⑤“是故持脉有道，虚静为保。春日浮，如鱼之游在波；夏日在肤，泛泛乎万物有余；秋日下肤，蛰虫将去；冬日在骨，蛰虫周密，君子居室。”⑥“征其脉小，色不夺者，新病也；征其脉不夺，其色夺者，此久病也；征其脉与五色俱夺者，此久病也；征其脉与五色俱不夺者，新病也。”⑦“尺内两旁，则季胁也，尺外以候肾，尺里以候腹。”⑧“中附上，左外以候肝，内以候鬲；右外以候胃，内以候脾。”⑨“上附上，右外以候肺，内以候胸中；左外以候心，内以候膻中。”

4）《素问·平人气象论》：①“人一呼，脉再动。一吸，脉再动。呼吸定息，脉五动。”②“妇人，手少阴动甚者，妊子也。”③“脉有逆从，四时未有藏形。春夏而脉瘦，秋冬而脉浮大，命曰逆四时也。”④“风热而脉静，泄而脱血，脉实，病在中，脉虚，病在外。脉涩坚者，皆难治。命曰反四时也。”

5)《素问·玉机真藏论》:①“春脉如弦,……春脉者,肝也,东方木也,万物之所以始生也,故其气来,软弱轻虚而滑,端直以长,故曰弦,反此者病。”②“夏脉如钩,……夏脉者,心也,南方火也,万物之所以盛长也,故其气来盛去衰,故曰钩,反此者病。”③“秋脉如浮,……秋脉者,肺也,西方金也,万物之所以收成也。故其气来轻虚以浮,来急去散,故曰浮,反此者病。”④“冬脉如营,……冬脉者,肾也,北方水也,万物之所以合藏也。故其气来沉以转,故曰营,反此者病。”⑤“真肝脉至,中外急,如循刀刃,责责然,如按琴瑟弦,”⑥“真心脉至,坚而搏,如循薏苡子,累累然。”⑦“真肺脉至,大而虚,如以毛羽中人肤,”⑧“真肾脉至,搏而绝,如指弹石,辟辟然,”⑨“真脾脉至,弱而乍数乍疏,诸真藏脉见者,皆死不治也。”⑩“凡治病,察其形气色泽,脉之盛衰,病之新故,乃治之,无复其时。”⑪“形气相得,谓之可治。色泽以浮,谓之易已。脉从四时,谓之可治。脉弱以滑,是有谓气,命曰易治,取之以时。”⑫“形气相失,谓之难治。色夭不清,谓之难已。脉实以坚,谓之益甚。脉逆四时,为不可治,必察四难而明告之。”⑬“所谓逆四时者,春得肺脉,夏得肾脉,秋得心脉,冬得脾脉,其至皆悬绝沉涩者,命曰逆四时。”

6)《素问·三部九候论》:①“人有三部,部有三候,以决死生,以处百病,以调虚实,而除邪疾。”②“上部天,两额之动脉,上部地,两颊之动脉,上部人,耳前之动脉。”③“中部天,手太阴也,中部地,手阳明也,中部人,手少阴也。”④“下部天,足厥阴也,下部地,足少阴也,下部人,足太阴也。故下部之天,以候肝,地以候肾。人以候脾胃之气。”⑤“形盛脉细,少气不足以息者,危。形瘦脉大,胸中多气者,死。形气相得者,生。参伍不调者,病。三部九候皆相失者,死。”⑥“其脉代而钩者,病在络脉。”

7)《素问·刺热篇》:“肝热病者,左颊先赤,心热病者,颜先赤,脾热病者,鼻先赤,肺热病者,右颊先赤,肾热病者,颐先赤。”

8)《灵枢·经脉》:“凡诊络脉,脉色青则寒且痛,赤则有热。胃中寒,手鱼之络多青矣;胃中有热,鱼际络赤,其鱼黑色,留久痹也;其有赤有黑有青者,寒热气也。”

9)《灵枢·五色》:①“青黑为痛,黄赤为热,白为寒,是谓五官。”②“切其脉口,滑小紧以沉者,病益甚,在中;人迎气大紧以浮者,其病益甚,在外;其脉口浮滑者,病日损;人迎沉而滑者,病日损。其脉口滑以沉者,病日进,在内;其人迎脉滑盛以浮者,其病日进,在外。脉之浮沉及人迎与寸口气小大等者,病难已。病之在脏,沉而大者,易已,小为逆;病之在腑,浮而大者,其病易已。人迎盛坚者,伤于寒;气口盛坚者,伤于食。”③“其色粗以明,沉夭者为甚,其色上行者,病益甚,其色下行如云彻散者,病方已。”④“常候阙中,薄泽为风,冲浊为痹,在地为厥,此其常也,各以其色言其病。”⑤“赤色出两颧,大如母指者,病虽小愈,必卒死。黑色出于庭,大如母指,必不病而卒死。”

10)《灵枢·卫气失常》:“色起两眉薄泽者,病在皮。唇色青黄赤白黑者,病在肌肉。营气濡然者,病在血气。目色青黄赤白黑者,病在筋。耳焦枯受尘垢,病在骨。”

11)《灵枢·论疾诊尺》:①“审其尺之缓急、大小、滑涩,肉之坚脆,而病形定矣。”②“尺肤滑,其淖泽者,风也;尺肉弱者,解㑊;……尺肤涩者,风痹也;尺肤粗如枯鱼之鳞者,水泆饮也;尺肤热甚,脉盛躁者,病温也,其脉盛而滑者,病且出也。尺肤寒,其脉小

者，泄、少气也。尺肤炬然先热后寒者，寒热也。尺肤先寒，久持之而热者，亦寒热也。”③“目赤色者病在心，白在肺，青在肝，黄在脾，黑在肾。黄色不可名者，病在胸中。诊目痛，赤脉从上下者，太阳病；从下上者，阳明病；从外走内者，少阳病。”④“诊血脉者多赤多热，多青多痛，多黑为久痹，多赤、多黑、多青皆见者，寒热，身痛而色微黄，齿垢黄，爪甲上黄，黄疸也。”⑤“婴儿病，其头毛皆逆上者必死，耳间青脉起者掣痛，大便赤瓣飧泄，脉小者，手足寒，难已；飧泄，脉小，手足温，泄易已。”

(5) 治则

1)《素问·四气调神篇》、《灵枢·逆顺》:“是故圣人不治已病，治未病，不治已乱，治未乱，此之谓也。”

2)《素问·阴阳应象大论》:①“治病必求于本。”②“形不足者，温之以气，精不足者，补之以味。”③“其高者，因而越之。其下者，引而竭之。中满者，写之于内。其有邪者，渍形以为汗，其在皮者，汗而发之。其慓悍者，按而收之。其实者，散而写之。”④“审其阴阳，以别柔刚，阳病治阴，阴病治阳，定其血气，各守其乡，”⑤“血实，宜决之，气虚，宜掣引之。”

3)《素问·汤液醪醴论》:“平治于权衡，去宛陈莝，”“开鬼门，洁净府。”

4)《素问·三部九候论》:“必先度其形之肥瘦，以调其气之虚实，实则泻之，虚则补之。必先去其血脉，而后调之。无问其病，以平为期。”

5)《素问·血气形志篇》、《灵枢·九针论》:①“形乐志苦，病生于脉，治之以灸刺。”“形乐志乐，病生于肉，治之以针石。”②“形苦志乐，病生于筋，治之以熨引。”“形苦志苦，病生于咽嗌，治之以甘药。”③“形数惊恐，经络不通，病生于不仁，治之以按摩醪药。”

6)《素问·痿论》:“治痿者，独取阳明何也？阳明者，五藏六府之海，主闰宗筋。宗筋主束骨而利机关也。”

7)《素问·奇病论》:“无损不足，益有余。”

8)《素问·调经论》:“病在脉调之血，病在血调之络，病在气调之卫，病在肉调之分肉，病在筋调之筋，病在骨调之骨。”

9)《素问·标本病传论》、《灵枢·病本》:①“治反为逆，治得为从。”②“先病而后逆之，治其本；先逆而后病者，治其本，”③“小大不利治其标，小大利治其本。”④“病发而有余，本而标之，先治其本，后治其标。病发而不足，标而本之，先治其标，后治其本。”

10)《素问·五常政大论》:①“补上下者，从之，治上下者，逆之，以所在寒热盛衰而调之，”②“气反者，病在上，取之下；病在下，取之上，病在中，旁取之。”③“治热以寒，温而行之；治寒以热，凉而行之；治温以清，冷而行之；治清以温，热而行之。”④“无积者，求其藏，虚则补之，药以祛之，食以随之，引水渍之，和其中外，可使毕已。”⑤“大毒治病，十去其六，常毒治病，十去其七，小毒治病，十去其八，无毒治病，十去其九。谷肉果菜，食养尽之，无使过之，伤其正也。”

11)《素问·六元正纪大论》:①“有故无殒亦无殒也。”②“大积大聚，其可犯也，衰其

大半而止，过者死。”③“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之。然调其气，过者折之，以其畏也。所谓泻之。”

12）《素问·至真要大论》：①“谨察阴阳所在而调之，以平为期，正者正治，反者反治。”②“诸气在泉，风淫于内，治以辛凉，佐以苦甘，以甘缓之，以辛散之。”③“热淫于内，治以咸寒，佐以甘苦，以酸收之，以苦发之。”④“湿淫于内，治以苦热，佐以酸淡，以苦燥之，以淡泄之。”⑤“火淫于内，治以咸冷，佐以苦辛，以酸收之，以苦发之。”⑥“燥淫于内，治以苦温，佐以甘辛，以苦下之。”⑦“寒淫于内，治以甘热，佐以苦辛，以咸泻之，以辛润之，以苦坚之。”⑧“治诸胜复，寒者热之，热者寒之，温者清之，清者温之，散者收之，抑者散之，燥者润之，急者缓之，坚者耎之，脆者坚之，衰者补之，强者泻之，各安其气，必清必静，则病气衰去，归其所宗，此治之大体也。”⑨“夫气之胜也，微者随之，甚者制之。气之复也，和者平之，暴者夺之。皆随胜气，安其屈伏，无问其数，以平为期，此其道也。”⑩“逆者正治，从者反治。”⑪“热因寒用，寒因热用，塞因塞用，通因通用。”⑫“从内之外者，调其内；从外之内者，治其外；从内之外而盛于外者，先调其内而后治其外；从外之内而盛于内者，先治其外而后调其内；中外不相及，则治主病。”⑬“调气之方，必别阴阳，定其中外，各守其乡，内者内治，外者外治，微者调之，其次平之，盛者夺之，汗之下之，寒热温凉，衰之以属，随其攸利，谨道如法，万举万全，气血正平，长有天命。”

13）《灵枢·根结》：“形气不足，病气有余，是邪胜也，急泻之。形气有余，病气不足，急补之。……形气有余，病气有余，此谓阴阳俱有余也，急泻其邪，调其虚实。有余者泻之，不足者补之，此之谓也。”

14）《灵枢·本神》：“必审五脏之病形，以知其气之虚实，谨而调之也。”

15）《灵枢·终始》：“阴盛而阳虚，先补其阳，后泻其阴而和之。阴虚而阳盛，先补其阴，后泻其阳而和之。”

16）《灵枢·师传》：①“春夏先治其标，后治其本；秋冬先治其本，后治其标。”②“人之情，莫不恶死而乐生，告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦，虽无道之人，恶有不听者乎？”

17）《灵枢·百病始生》：“察其所痛，以知其应，有余不足，当补则补，当泻则泻，毋逆天时，是谓至治。”

18）《灵枢·大惑论》：“先其脏腑，诛其小过，后调其气，盛者泻之，虚者补之，必先明知其形志之苦乐，定乃取之。”

（6）方药

1）《素问·汤液醪醴论》：“黄帝问曰：为五谷汤液及醪醴，奈何？岐伯对曰：必以稻米，炊之稻薪，稻米者完，稻薪者坚。帝曰：何以然？岐伯曰：此得天地之和，高下之宜，故能至完，伐取得时，故能至坚也。”（均为酒类。味淡轻清者为汤液，味厚黏稠者为醪醴）

2）《素问·腹中论》：①“有病心腹满，旦食则不能暮食……名为鼓胀……治以鸡矢

醴，一剂知，二剂已。”②“病名血枯，……以四乌鲗骨一茹芦，二物并合之，丸以雀卵，大如小豆，以五丸为后饭，欲以鲍鱼汁，利肠中，及伤肝也。”

3)《素问·病能论》:①“病名曰阳厥。……阳明者常动，巨阳少阳不动，不动而动大疾，此其候也。……夺其食即已，夫食入于阴，长气于阳，故夺其食即已，使之服以生铁落为饮。夫生铁落者，下气疾也。”②“病名曰酒风……以泽泻术各十分，麋衔五分，合以三指撮，为后饭。”

4)《素问·奇病论》:“脾瘅。夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也，此肥类之所发也，此人必数食甘美而多肥也，肥者，令人内热，甘者，令人中满，故其气上溢，转为消渴，治之以兰(佩兰)，除陈气也。”

5)《素问·缪刺论》:“尸厥。……以竹管吹其两耳，鬄其左角之发，方一寸，燔治，饮以美酒一杯，不能饮者，灌之立已。”

6)《素问遗篇·刺法论》:“小金丹方:辰砂二两，水磨雄黄一两，叶子雌黄一两，紫金半两，同入合中，外固，了地一尺，筑地宾不用炉，不需药制，用火二十斤煅之也，七日终，候冷，七日取，次日出合子，埋药地中，七日取出，顺日研之三日，炼白沙蜜为丸，如梧桐子大，每日望东吸日华气一口，冰水下一丸，和气咽之，服十粒，无疫干也。”

7)《灵枢·寿夭刚柔》:“黄帝曰:药熨奈何？伯高曰:用醇酒二十升，蜀椒一升，干姜一斤，桂心一斤，凡四种，皆㕮咀，渍酒中，用棉絮一斤，细白布四丈，并内酒中。置酒马矢煴中，盖封涂，勿使泄，五日五夜，出布棉絮，曝干之，干复渍，以尽其汁。每渍必晬其日，乃出干。干，并用滓与棉絮，复布为复巾，长六七尺，为六七巾，则用之生桑炭炙巾，以熨寒痹所刺之处，令热入至于病所。寒复炙巾以熨之，三十遍而止。汗出以巾拭身，亦三十遍而止。起步内中，无见风。每刺必熨，如此病已矣。”

8)《灵枢·经筋》:“足阳明之筋，……其病足中指支胫转筋，脚跳坚，伏兔转筋，髀前肿，㿉疝，腹筋急，引缺盆及颊，卒口僻，急者目不合，热则筋纵，目不开。颊筋有寒，则急引颊移口;有热则筋弛纵缓，不胜收故僻。治之以马膏，膏其急者，以白酒和桂，以涂其缓者，以桑钩钩之，即以生桑灰置之坎中，高下以坐等，以膏熨急颊，且饮美酒，噉美炙肉，不饮酒者，自强也，为之三拊而已。”

9)《灵枢·邪客》:“今厥气客于五藏六腑则卫气独卫其外，行于阳，不得入于阴。行于阳则阳气盛，阳气盛则阳蹻满，不得入于阴，阴虚，故目不瞑。黄帝曰:善。治之奈何？伯高曰:补其不足，泻其有余，调其虚实，以通其道，而去其邪;饮以半夏汤一剂，阴阳已通，其卧立至。黄帝曰:善。此所谓决渎壅塞，经络大通，阴阳得和也，愿闻其方。伯高曰:其汤方以流水千里以外者八升，扬之万遍，取其清五升煮之，炊以苇薪，火沸，置秫米一升，治半夏五合，徐炊，令竭为一升半，去其滓，饮汁一小杯，日三，稍益，以知为度。故其病新发者，复杯则卧，汗出则已矣;久者，三饮而已也。”

10)《灵枢·痈疽》:①“猛疽不治，化为脓，脓不泻，塞咽，半日死，其化为脓者，泻已则含豕膏，无冷食，三日而已。……米疽，治之以砭石，欲细而长，疏砭之，涂以豕膏，六日已，勿裹之。”②“败疵者，……治之，剉菱蔆薤草根各一升，以水一斗六升煮之，竭为取三

升，则强饮厚衣，坐于釜上，令汗出至足已。”

11）《素问·至真要大论》：①“君一臣二，奇之制也；君二臣四，偶之制也；君二臣三，奇之制也；君二臣六，偶之制也。故曰：近者奇之，远者偶之，汗者不以奇，下者不以偶。补上治上制以缓，补下治下制以急，急则气味厚，缓则气味薄，适其至所，此之谓也。”②“病所运而中道气味之者，食而过之，无越其制度也。是故平气之道，近而奇偶，制小其服也。远而奇偶，制大其服也。大则数少，小则数多。多则九之，少则二之。奇之不去则偶之，是谓重方。偶之不去，则反佐以取之，所谓寒热温凉，反从其病也。”③“君一臣二，制之小也；君一臣三佐五，制之中也；君一臣三佐九，制之大也。”④“方制君臣，何谓也？主病之谓君，佐君之谓臣，应臣之谓使。”

（7）针灸

1）《素问·阴阳应象大论》：“故善用针者，从阴引阳，从阳引阴，以右治左，以左治右。”

2）《素问·藏气法时论》、《素问·刺热篇》：“肝病者……取其经，厥阴与少阳。”“心病者……取其经，少阴太阳，舌下血者。其变病，刺郄中血者。”“脾病者……取其经，太阴阳明少阴血者。”“肺病者……取其经，太阴，足太阳之外，厥阴内血者。”“肾病者……取其经，少阴太阳血者。”

3）《素问·血气形志篇》：①“欲知背俞，先度其两乳间，中折之。更以他草，度去半已，即以两隅相拄也。乃举以度其背，令其一隅居上，齐脊大椎，两隅在下，当其下隅者，肺之俞也。复下一度，心之俞也，复下一度，左角，肝之俞也，右角，脾之俞也，复下一度，肾之俞也。是谓五藏之俞，灸刺之度也。”②“刺阳明，出血气；刺太阳，出血恶气；刺少阳，出气恶血；刺太阴，出气恶血；刺少阴，出气恶血；刺厥阴，出血恶气也。”

4）《素问·宝命全形论》、《素问·针解论》：①“凡刺之真，必先治神，五藏已定，九候已备，后乃存针。”②“刺虚者须其实，刺实者须其虚。”③“经气已至，慎守勿失，深浅在志，远近若一，如临深渊，手如握虎，神无营于众物。”

5）《素问·八正神明论》：①“凡刺之法，必候日月星辰，四时八正之气，气定乃刺之。”②“因天之序，盛虚之时，移光定位，正立而待之。”③“写必用方。方者以气方盛也，以月方满也，以日方温也，以身方定也，以息方吸，而内针，乃复候其方吸，而转针，乃复候其方呼而徐引针，故曰写必用方，其气而行焉。”④“补必用员。员者，行也，行者，移也。刺必中其荣，复以吸排针也。故员与方，非针也。”

6）《素问·离合真邪论》：①“吸则内针，无令气忤；静以久留，无令邪布；吸则转针，以得气为故；候呼引针，呼尽乃去，大气皆出，故命曰写。”②“必先扪而循之，切而散之，推而按之，弹而怒之，抓而下之，通而取之，外引其门，以闭其神，呼尽内针，静以久留，以气至为故，如待所贵，不知日暮，其气以至，适而自护，候吸引针，气不得出，各在其处，推阖其门。令神气存，大气留止，故命曰补。”

7）《素问·通评虚实论》：①“络满经虚，灸阴刺阳，经满络虚，刺阴灸阳。”②“痈不知

所，按之不应手，乍来乍已，刺手太阴旁三痏，与缨脉各二。”③“腋痈大热，刺足少阳五，刺而热不止，刺手心主三，刺手太阴经络者，大骨之会各三。”“暴痈筋緛，随分而痛，魄汗不尽，胞气不足，治在经俞。”④“腹暴满，按之不下，取手太阳经络者，胃之募也。少阴俞，去脊椎三寸，傍五，用员利针。”⑤“霍乱，刺俞傍五，足阳明及上傍三。”⑥“刺痫惊脉五，针手太阴各五，刺足太阳五，刺手少阴经络傍者一，足阳明一，上踝五寸，刺三针。”

8)《素问·刺热篇》：①“热病先胸胁痛，手足躁，刺足少阳，补足太阴，病甚者，为五十九刺。”②“热病始手臂痛者，刺手阳明太阴，而汗出止。”③“热病始于头首者，刺项太阳，而汗出止。”④“热病始终足胫者，刺足阳明，而汗出止。”⑤“热病先身重，骨痛，耳聋，好瞑，刺足少阴，病甚，为五十九刺。”⑥“热病先眩冒而热，胸胁满，刺足少阴少阳。”⑦“热病气穴，三椎下间，主胸中热；四椎下间，主鬲中热；五椎下间，主肝热；六椎下间，主脾热；七椎下间，主肾热，荣在骶也。项上三椎，陷者中也。”

9)《素问·刺疟篇》：①“肺疟者，……刺手太阴阳明。心疟者，……刺手少阴。肝疟者，……刺足厥阴，见血。脾疟者，……刺足太阴。肾疟者，……刺足太阳、少阴。胃疟者，……刺足阳明太阴，横脉出血。”②“疟发，身方热，刺跗上动脉。开其空，出其血，立寒，疟方欲寒，刺手阳明太阴、足阳明太阴。”③“疟脉满大急，刺背俞，用中针，傍五胠俞，各一，适肥瘦，出其血也；疟脉小实急，灸胫少阴，刺指井。……疟脉缓大虚，便宜用药，不宜用针。”④“诸疟，而脉不见，刺十指间出血，血去必已，先视身之赤如小豆者，尽取之。”⑤“十二疟者，其发各不同时，察其病形，以知其何脉之病也。先其发时，如食顷而刺之，一刺则衰，二刺则知，三刺则已；不已，刺舌下两脉，出血；不已，刺郄中盛经，出血，又刺项以下侠脊者，必已。舌下两脉者，廉泉也。刺疟者，必先问其病之所先发者，先刺之，先头痛及重者，先刺头上，及两额两眉间，出血；先项背痛者，先刺之；先腰脊痛者，先刺郄中，出血；先手臂痛者，先刺手少阴，阳明十指间；先足胫痠痛者，先刺足阳明十指间出血。”⑥“风疟，疟发，则汗出恶风，刺三阳经背俞之血者。”⑦“胻痠痛者，按之不可，名曰附髓病，以镵针，针绝骨，出血，立已。”⑧“身体小痛，刺至阴。诸阴之井，无出血，间日一刺。疟不渴，间日而作，刺足太阳；渴而间日作，刺足少阳。温疟汗不出，为五十九刺。”

10)《素问·咳论》：“治藏者，治其俞。治府者，治其合。浮肿者，治其经。”

11)《素问·刺腰痛篇》：①“足太阳脉，令人腰痛，引项脊，尻背为重状，刺其郄中，太阳正经出血，春无见血。”②“少阳令人腰痛，如以针刺其皮中，循循然不可以俛仰，不可以顾，刺少阳成骨之端出血，成骨在膝外廉之骨独起者，夏无见血。”③“阳明令人腰痛，不可以顾，顾为有见者，善悲。刺阳明于胻前三痏，上下和之，出血，秋无见血。”④“足少阴令人腰痛，痛引脊内廉，刺少阴于内踝上二痏，春无见血，出血太多，不可复也。”⑤“厥阴之脉，令人腰痛，腰中为张弓弩弦，刺厥阴之脉，在腨踵鱼腹之外，循之累累然，乃刺之，其病令人善言，默默然不慧，刺之三痏。”⑥“解脉令人腰痛，痛引肩，目䀮䀮然，时遗溲，刺解脉在膝筋肉分间，郄外廉之横脉，出血，血变而止。”⑦“解脉令人腰痛，为引带，常为折腰状，善恐，刺解脉在郄中，结络为黍米，刺之，血射以黑，见赤血而已。”⑧“同阴

之脉，令人腰痛，痛如小锤，居其中，怫然肿，刺同阴之脉在外踝上绝骨之端，为三痏。”⑨“阳维之脉，令人腰痛，痛上怫然肿，刺阳维之脉，脉与太阳合，腨下间，去地一尺所。”⑩“衡络之脉，令人腰痛，不可以俛仰，仰则恐仆，得之举重伤腰，衡络绝，恶心归之，刺之在郄阳筋之间，上郄数寸横居，为二痏，出血。”⑪“会阴之脉，令人腰痛，痛上漯漯然汗出。汗干，令人欲饮，饮已欲走，刺直阳之脉上三痏，在蹻上郄下五寸，横居，视其盛者出血。”⑫“飞阳之脉，令人腰痛，痛上怫怫然，甚则悲以恐，刺正阳之脉，在内踝上五寸，少阴之前，与阴维之会。”⑬“昌阳之脉，令人腰痛，痛引膺，目䀮䀮然，甚则反折，舌卷不能言，刺内筋为二痏，在内踝上，大筋前，太阴后，上踝二寸所。”⑭“散脉令人腰痛，而热，热甚生烦，腰下如有横木居其中，甚则遗溲，刺散脉，在膝前骨，肉分间，络外廉，束脉，为三痏。”⑮“肉里之脉，令人腰痛，不可以咳，咳则筋缩急，刺肉里之脉，为二痏，在太阳之外，少阳绝骨之后。”⑯“腰痛侠脊而痛，至头，几几然，目䀮䀮欲僵仆，刺足太阳郄中出血。”⑰“腰痛上寒，刺足太阳，阳明，上热，刺足厥阴，不可俛仰，刺足少阳。中热而喘，刺足少阴，刺郄中出血。”⑱“腰痛引少腹，控䏚，不可以仰，刺腰尻交者，两髁胂上，以月生死为痏数，发针，立已。”

12）《素问·厥论》：“盛则泻之，虚则补之，不盛不虚，以经取之。”

13）《素问·刺要论》：①“病有浮沉，刺有浅深。各至其理，无过其道。”②“刺毫毛腠理，无伤皮。……刺皮无伤肉。……刺肉无伤脉。……刺脉无伤筋。……刺筋无伤骨，……刺骨无伤髓，”

14）《素问·刺禁论》：“无刺大醉，令人气乱；无刺大怒，令人气逆；无刺大劳人，无刺新饱人，无刺大饥人，无刺大渴人，无刺大惊人。”

15）《素问·针解论》：“刺虚则实之者，针下热也，气实乃热也。满而泄之者，针下寒也，气虚乃寒也。菀陈则除之者，出恶血也。邪胜则虚之者，出针勿按。徐而疾，则实者，徐出针，而疾按之。疾而徐，则虚者，疾出针，而徐按之。”

16）《素问·长刺节论》：①“疝，得之寒，刺少腹两股间，刺腰髁骨间，刺而多之，尽炅病已。”②“筋痹，刺筋上为故，刺分肉间，不可中骨也，病起筋炅，病已止。”③“肌痹，伤于寒湿。刺大分小分，多发针而深之，以热为故，无伤筋骨，”④“骨痹，深者，刺无伤脉肉，为故，其道大分小分，骨热，病已止。”⑤“狂，刺之虚脉，视分尽热，病已止。”⑥“癫病，刺诸分诸脉，其无寒者，以针调之，病已止。”⑦“病风，且寒且热，炅汗出，一日数过，先刺诸分理络脉，汗出，且寒且热，三日一刺，百日而已。”⑧“大风，刺肌肉为故，汗出百日，刺骨髓汗出百日，凡二百日，须眉生，而止针。”

17）《素问·骨空论》：①“大风，颈项痛，刺风府，……大风汗出，灸譩譆，……从风憎风，刺眉头。失枕，在肩上横骨间，折，使榆臂齐肘，正灸脊中。胗络季胁，引少腹而痛胀，刺譩譆。腰痛不可以转摇，急引阴卵，刺八髎，与痛上，……鼠瘘寒热，还刺寒府。”②“督脉生病，治督脉治在骨上，甚者在齐下营。其上气有音者，治其喉中央。在缺盆中者，其病上冲喉者，治其渐（上侠颐）。蹇膝，伸不屈，治其楗（辅骨上，横骨下）。坐而膝痛治其机（侠髋）。立而暑解，治其骸关（解膝）。膝痛，痛及拇指，治其腘（辅上）。坐而

膝痛，如物隐者，治其关(胭上)。膝痛，不可屈伸，治其背内。连骬若折，治阳明中俞髎。若别，治原阳少阴荥(通谷，然谷)。淫泺胫痠，不能久立，治少阳之维(光明)。”③“灸寒热之法，先灸项大椎，以年为壮数，次灸橛骨(尾间)，以年为壮数。视背俞陷者灸之，举臂背上陷者灸之。两季胁之间，灸之。外踝上绝骨之端灸之，足小指次指间灸之，腨下陷脉灸之。外踝后灸之。缺盆上，切之，坚痛如筋者灸之。膺中陷骨间灸之。掌束骨下灸之。齐下关元三寸，灸之。毛际动脉，灸之。膝下三寸分间，灸之。足阳明跗上动脉，灸之。巅上一，灸之。犬所啮之处，灸之三壮，即以犬伤病法治之。凡当灸二九处，伤蚀，灸之。不已者，必视其经之过于阳者，数刺其俞而药之。”

18)《素问·水热穴论》:“大杼、膺俞、缺盆、背俞，此八者以写胸中之热也。气街、三里、巨虚上下廉，此八者以写胃中之热也。云门、髃骨、委中、髓空，此八者以写四肢之热也。五藏俞旁五，此十者以写五藏之热也。凡此五十九穴者，皆热之左右也。”

19)《素问·调经论》:①“神有余，则写其小络之血，出血，勿之深斥，无中其大经，神气乃平。神不足者，视其虚络，按而致之，刺而利之，无出其血，无泄其气，以通其经，神气乃平。刺微奈何？按摩勿释，着针勿斥，移气于不足，神气乃得复。”②“气有余则写其经隧，无伤其经，无出其血，无泄其气。不足则补其经隧，无出其气。刺微奈何？按摩勿释，出针视之，曰：我将深之，适人必革，精气自伏，邪气散乱，无所休息，气泄腠理，真气乃相得。”③“血有余则写其盛经，出其血，不足则视其虚经，内针其脉中，久留，而视脉大疾，出其针，无令血泄。刺留血奈何？视其血络，刺出其血，无令恶血得入于经，以成其留血之疾，”④“形有余则写其阳经，不足则补其阳络。刺微奈何？取分肉间，无中其经，无伤其络，卫气得复，邪气乃索。”⑤“志有余，则写然筋血者。不足，则补其复溜。刺未并奈何？即取之，无中其经，邪所乃能立虚。”⑥“泻实者，气盛乃内针，针与气俱内，以开其门，如利其户，针与气俱出，精气不伤，邪气乃下，外门不闭，以出其疾，摇大其道，如利其路，是谓大泻，必切而出，大气乃屈。”⑦“补虚者，持针勿置，以定其意，候呼内针，气出针入，针空四塞，精无从去，方实而疾出针，气入针出，热不得还，闭塞其门，邪气布散，精气乃得存，动气候时，近气不失，远气乃来，是谓追之。”⑧“燔针劫刺其下，及与急者，病在骨，焠针药熨，病不知所痛，两跻为上，身形有痛，九候莫病，则缪刺之。痛在于左而右脉病者，巨刺之。”

20)《素问·缪刺论》:①“夫邪客大络者，左注右，右注左，上下左右，与经相干，而布于四末，其气无常处，不入于经俞，命曰缪刺。”②“邪客于足少阴之络，……刺然谷之前，出血如食顷而已，”③“邪客于手少阳之络，……刺手中指次指爪甲上，去端如韭叶，各一痏。”④“邪客于足厥阴之络，……刺足大指爪甲上，与肉交者各一痏，”⑤“邪客于足太阳之络，……刺足小指爪甲上与肉交者各一痏，……不已，刺外踝下三痏，”⑥“邪客于手阳明之络，……刺手大指次指爪甲上，去端如韭叶，各一痏，”⑦“邪客于臂掌之间，不可得屈，刺其踝后，先以指按之，痛乃刺之，以月死生为数。”⑧“邪客于足阳跻之脉，……刺外踝之下，半寸所，各二痏，”⑨“人有所堕坠，恶血留内……刺足内踝之下，然谷之前，血脉出血，刺足跗上动脉，不已，刺三毛上，各一痏，”⑩“耳聋，时不闻音，刺手大指次指爪甲

上，去端如韭叶，各一痏，立闻，不已，刺中指爪甲上与肉交者，立闻，其不时闻者，不可刺也。”⑪“凡痹往来，行无常处者，在分肉间，痛而刺之，以月死生为数，”⑫“邪客于足阳明之经，……刺足中指次指爪甲上与肉交者，各一痏。”⑬“齿龋，刺手阳明，不已，刺其脉入齿中，立已。”⑭“缪传引上齿，齿唇寒痛，视其手背脉血者，去之，足阳明中指爪甲上各一痏，手大指次指爪甲上各一痏，”⑮“邪客足太阴之络，……刺腰尻之解，两胂之上，是腰俞，以月死生数为痏数，”⑯“邪客足太阳之络，……刺之从项治，数脊椎，侠脊，疾按之，应手如痛刺之，傍三痏，”⑰“邪客足少阳之络，……刺枢中，以毫针，寒则久留针，以月死生为数，”⑱“邪客于手足少阴、太阴、足阳明之络，……其状若尸，或曰尸厥，刺其足大指内侧爪甲上，去端如韭叶，后刺足中指爪甲上，各一痏，后刺手大指内侧，去端如韭叶，后刺手心主少阴锐骨之端，各一痏，”⑲“凡刺之数，先视其经脉，切而从之，审其虚实而调之，不调者，经刺之，有痛而经不病者，缪刺之，因视其皮部有血络者，尽取之，此缪刺之数也。”

21)《素问·四时刺逆从论》：①“春刺络脉，血气外溢，令人少气；春刺肌肉，血气环逆，令人上气；春刺筋骨，血气内着，令人腹胀。”②“夏刺经脉，血气乃竭，令人解㑊；夏刺肌肉，血气内却，令人善恐；夏刺筋骨，血气上逆，令人善怒。”③“秋刺经脉，血气上逆，令人善忘，秋刺络脉，气不外行，令人卧，不欲动；秋刺筋骨，血气内散，令人寒慄。”④“冬刺经脉，血气皆脱，令人目不明；冬刺络脉，内气外泄，留为大痹；冬刺肌肉，阳气竭绝，令人善忘。”

22)《素问遗篇·刺法论》：①“木欲升……当刺足厥阴之井。火欲升……君火相火，同刺包络之荥。土欲升……当刺足太阴之俞。金欲升……当刺手太阴之经。水欲升……当刺足少阴之合。”②“木欲降……当刺手太阴之所出，刺手阳明之所入。火欲降……当刺足少阴之所出，刺足太阳之所入。土欲降……当刺足厥阴之所出，刺足少阳之所入。金欲降……当刺心包络所出，刺手少阳所入也。水欲降……当刺足太阴之所出，刺足阳明之所入。”

23)《灵枢·九针十二原》：①“徐而疾则实，疾而徐则虚。”②“虚实之要，九针最妙，补泻之时，以针为之。泻曰必持内之，放而出之，排阳得针，邪气得泄，按而引针，是谓内温，血不得散，气不得出也。补曰随之，随之意，若妄之，若行若按，如蚊虻止，如留如还，去如弦绝，令左属右，其气故止，外门已闭，中气乃实，必无留血，急取诛之。”③“持针之道，坚者为宝，正指直刺，无针左右，神在秋毫，属意病者，审视血脉。耕之无殆。方刺之时，必在悬阳，及与两衡，神属勿去，知病存亡。血脉者，在腧横居，视之独澄，切之独坚。”④“镵针者，头大末锐，主泻阳气；员针者，针如卵形，指摩分间，不得伤肌肉，以泻分气；鍉针者，锋如黍粟之锐，主按脉勿陷，以致其气；锋针者，刃三隅，以发痼疾；铍针者，专如剑锋，以取大脓；员利针者，尖如氂，且员且锐，中身微大，以取暴气；毫针者，尖如蚊虻喙，静以徐往，微以久留，正气因之，真邪俱往，出针而养，以取痛痹；长针者，锋利身薄，可以取远痹；大针者，尖如梃，其锋微员，以泻机关之水也。”⑤“夫气之在脉也，邪气在上，浊气在中，清气在下。故针陷脉则邪气出，针中脉则浊气出，针太深则邪气反沉，

病益。"⑥"取五脉者死，取三脉者恇；夺阴者死，夺阳者狂，针害毕矣。"⑦"刺之而气不至，无问其数；刺之而气至，乃去之，勿复针。……刺之要，气至而有效，效之信，若风之吹云，明乎若见苍天，刺之道毕矣。"⑧"经脉十二，络脉十五，凡二十七气以上下，所出为井，所溜为荥，所注为腧，所行为经，所入为合，二十七气所行，皆在五腧也。"⑨"右主推之，左持而御之，气至而去之。"⑩"五脏之气已绝于内，而用针者反实其外，是谓重竭，重竭必死，其死也静，治之者，辄反其气，取腋与膺；五脏之气已绝于外，而用针者反实其内，是谓逆厥，逆厥则必死，其死也躁，治之者，反取四末。刺之害中而不去，则精泄；害中而去，则致气。"⑪"阳中之少阴，肺也，其原出于太渊，""阳中之太阳，心也，其原出于大陵，""阴中之少阳，肝也，其原出于太冲，""阴中之至阴，脾也，其原出于太白，""阴中之太阴，肾也，其原出于太溪，""膏之原，出与鸠尾，""肓之原，出于脖胦，"⑫"刺诸热者，如以手探汤，刺寒清者，如人不欲行。阴有阳疾者，取之下陵三里，正往无殆，气下乃止，不下复始也。疾高而内者，取之阴之陵泉；疾高而外者，取之阳之陵泉也。"

24)《灵枢·本输》:①"肺出于少商，……溜于鱼际，……注于太渊，……行于经渠，……入于尺泽，"②"心出于中冲，……溜于劳宫，……注于大陵，……行于间使，……入于曲泽，"③"肝出于大敦，……溜于行间，……注于太冲，……行于中封，……入于曲泉，"④"脾出于隐白，……溜于大都，……注于太白，……行于商丘，……入于阴之陵泉，"⑤"肾出于涌泉，……溜于然谷，……注于太溪，……行于复溜，……入于阴谷，"⑥"膀胱出于至阴，……溜于通谷，……注于束骨，……行于昆仑，……入于委中，"⑦"胆出于窍阴，……溜于侠溪，……注于临泣，……行于阳辅，……入于阳之陵泉，"⑧"胃出于厉兑，……溜于内庭，……注于陷谷，……行于解溪，……入于下陵，"⑨"三焦者，……出于关冲，……溜于液门，……注于中渚，……过于阳池，……为原；行于支沟，……入于天井，"⑩"小肠者，……出于少泽，……溜于前谷，……注于后溪，……过于腕骨，……为原；行于阳谷，……入于小海，"⑪"大肠者，上合于阳明，出于商阳，……溜于本节之前二间，……注于本节之后三间，……过于合谷，……为原；行于阳溪，……入于曲池。"⑫"刺上关者，呿不能欠；刺下关者，欠不能呿；刺犊鼻者，屈不能伸；刺两关者，伸不能屈。"⑬"阴尺动脉在五里，五腧之禁也。"⑭"春取络脉诸荥大经分肉之间，甚者深取之，间者浅取之；夏取诸腧孙络肌肉皮肤之上；秋取诸合，余如春法。冬取诸井诸腧之分，欲深而留之。"

25)《灵枢·邪气脏腑病形》:①"刺急者，泻内而久留之。刺缓者，浅内而疾发针，以去其热，刺大者，微泻其气，无出其血。刺滑者，疾发针而浅内之，以泻其阳气而去其热。刺涩者，必中其脉，随其逆顺而久留之，必先按而循之，已发针，疾按其痏，无令其血出，以和其脉。诸小者，阴阳形气俱不足，勿取以针，而调以甘药也。"②"刺之有道乎？刺此者，必中气穴，无中肉节。中气穴则针游于巷，中肉节即皮肤痛，补泻反则病益笃。中筋则筋缓，邪气不出，与其真相搏，乱而不去，反还内著。用针不审，以顺为逆也。"

26)《灵枢·根结》:"膏粱菽藿之味，何可同也？气滑则出疾，气涩则出迟，气悍则针小而入浅，气涩则针大而入深，泻则欲留，浅则欲疾。以此观之，刺布衣者，深以留之，刺

大人者，微以徐之，此皆因气慓悍滑利也。”

27)《灵枢·官针》:①“凡刺有九，以应九变，一曰输刺，输刺者，刺诸经荥输脏输也。二曰远道刺，远道刺者，病在上，取之下，刺府输也。三曰经刺，经刺者，刺大经之结络经分也。四曰络刺，络刺者，刺小络之血脉也。五曰分刺，分刺者，刺分肉之间也。六曰大泻刺，大泻刺者，刺大脓以铍针也。七曰毛刺，毛刺者，刺浮痹于皮肤也。八曰巨刺，巨刺者，左取右，右取左。九曰焠刺，焠刺者，刺燔针则取痹也。”②“凡刺有十二节，以应十二经。一曰偶刺，偶刺者，以手直心若背，直痛所，一刺前，一刺后，以治心痹，刺此者，傍针之也。二曰报刺，报刺者，刺痛无常处也，上下行者，直内无拔针，以左手随病所按之，乃出针复刺之也。三曰恢刺，恢刺者，直刺傍之，举之前后，恢筋急，以治筋痹也。四曰齐刺，齐刺者，直入一，傍入二，以治寒气小深者。或曰三刺，三刺者，治痹气小深者也。五曰扬刺，扬刺者，正内一，傍内四，而浮之，以治寒气之博大者也。六曰直针刺，直针刺者，引皮乃刺之，以治寒气之浅者也。七曰输刺，输刺者，直入直出，稀发针而深之，以治气盛而热者也。八曰短刺，短刺者，刺骨痹，稍摇而深之，致针骨所，以上下摩骨也。九曰浮刺，浮刺者，傍入而浮之，以治肌急而寒者也。十曰阴刺，阴刺者，左右卒刺之，以治寒厥，中寒厥，足踝后少阴也。十一曰傍针刺，傍针刺者，直刺傍刺各一，以治留痹久居者也。十二曰赞刺，赞刺者，直入直出，数发针而浅之出血，是谓治痈肿也。”③“凡刺有五，以应五脏。一曰半刺，半刺者，浅内而疾发针，无针伤肉，如拔毛状，以取皮气，此肺之应也。二曰豹文刺，豹文刺者，左右前后针之，中脉为故，以取经络之血者，此心之应也。三曰关刺，关刺者，直刺左右，尽筋上，以取筋痹，慎无出血，此肝之应也，或曰渊刺，一曰岂刺。四曰合谷刺，合谷刺者，左右鸡足，针于分肉之间，以取肌痹，此脾之应也。五曰输刺，输刺者，直入直出，深内之至骨，以取骨痹，此肾之应也。”

28)《灵枢·终始》:①“三脉动于足大指之间，必审其实虚。……凡刺此者，以指按之，脉动而实且疾者泻之，虚而徐者则补之，反此者病益甚。其动也，阳明在上，厥阴在中，少阴在下。”②“从腰以上者，手太阴阳明皆主之；从腰以下者，足太阴阳明皆主之。病在上者下取之，病在下者高取之，病在头者取之足，病在腰者取之腘。”③“凡刺之禁，新内勿刺，新刺勿内；已醉勿刺，已刺勿醉；新怒勿刺，已刺勿怒；新劳勿刺，已刺勿劳；已饱勿刺，已刺勿饱；已饥勿刺，已刺勿饥；已渴勿刺，已刺勿渴；大惊大恐，必定其气，乃刺之。乘车来者，卧而休之，如食顷乃刺之。步行来者，坐而休之，如行十里顷乃刺之。”

29)《灵枢·四时气》:“春取经、血脉、分肉之间，甚者深刺之，间者浅刺之。夏取盛经孙络，取分间绝皮肤。秋取经腧，邪在腑，取之合。冬取井荥，必深以留之。”

30)《灵枢·五邪》:①“邪在肺，……取之膺中外腧，背三椎之傍，以手疾按之，快然，仍刺之，取之缺盆中以越之。”②“邪在肝，……取之行间以引胁下，补三里以温胃中，取血脉以散恶血，取耳间青脉，以去其掣。”③“邪在脾胃，……皆调于三里。”④“邪在肾，……取之涌泉、昆仑，视有血者尽取之。”⑤“邪在心，……视有余不足而调之其输也。”

31)《灵枢·寒热病》:①“皮寒热者，……取三阳之络，以补手太阴。肌寒热者，……取三阳于下以去其血者，补足太阴以出其汗。骨寒热者，……取其少阴于阴股之络；

……骨痹,……取三阴之经,补之。……体解。取其小腹脐下三结交。三结交者,阳明、太阴也,脐下三寸关元也。厥痹者,厥气上及腹。取阴阳之络,视主病也,泻阳补阴经也。”②“阳逆头痛,胸满不得息,取人迎。暴瘖气鞕,取扶突与舌本出血。暴聋气蒙,耳目不明,取天牖。暴挛痫眩,足不任身,取天柱。暴瘅内逆,肝肺相搏,血溢鼻口,取天府。此为天牖五部。”③“热厥取足太阴、少阳,皆留之;寒厥取阳明、少阴于足,皆留之。舌纵涎下,烦悗,取足少阴。振寒洒洒,鼓颔,不得汗出,腹胀烦悗,取手太阴。刺虚者,刺其去也,刺实者,刺其来也。春取络脉,夏取分腠,秋取气口,冬取经输,凡此四时,各以时为齐。络脉治皮肤,分腠治肌肉,气口治筋脉,经输治骨髓、五脏。”

32)《灵枢·癫狂》:①“癫疾始生,……取手太阳、阳明、太阴,血变而止。”②“筋癫疾者,……刺项大经之大杼。脉癫疾者,暴仆,四肢之脉皆胀而纵。脉满,尽刺之出血;不满,灸之挟项太阳,灸带脉于腰相去三寸,诸分肉本输。”③“狂始生,……治之取手太阴、阳明,血变而止,及取足太阴、阳明。狂始发,……治之取手阳明、太阳、太阴、舌下、少阴,视脉之盛者,皆取之,不盛,释之也。”④“狂言、惊、善笑、好歌乐、妄行不休者,得之大恐,治之取手阳明、太阳、太阴。狂,目妄见,耳妄闻,善呼者,少气之所生也,治之取手太阳、太阴、阳明、足太阴、头、两颇。狂者多食,善见鬼神,善笑而不发于外者,得之有所大喜,治之取足太阴、太阳、阳明,后取手太阴、太阳、阳明。狂而新发,未应如此者,先取曲泉左右动脉,及盛者见血,有顷已,不已,以法取之,灸骶骨二十壮。”

33)《灵枢·热病》:①“热病不可刺者有九:一曰,汗不出,大颧发赤哕者死;二曰,泄而腹满甚者死;三曰,目不明,热不已者死;四曰,老人婴儿,热而腹满者死;五曰,汗不出,呕下血者死;六曰,舌本烂,热不已者死;七曰,咳而衄,汗不出,出不至足者死;八曰,髓热者死;九曰,热而痉者死,热而痉者,腰折,瘛疭,齿噤龂也。凡此九者,不可刺也。”②“所谓五十九刺者,两手外内侧各三(外侧的少泽、关冲、商阳。内侧的少商、少冲、中冲),凡十二痏;五指间各一(后溪、中渚、三间、少府、手太阴,厥阴本节后无穴),凡八痏,足亦如是(束骨、临泣、陷谷、太白、足少阴不行趾,足厥阴本节后无穴);头入发一寸傍三,各三,(五处、承光、通天)凡六痏;更入发三寸边五,(临泣、目窗、正营、承灵、脑室),凡十痏;耳前后口下者各一,(听会、完骨、承浆),项中一,(哑门)凡六痏,巅上一(百会),囟会一,发际一(神庭、风府),廉泉一,风池二,天柱二。”

34)《灵枢·厥病》:①“厥头痛,面若肿起而烦心,取之足阳明、太阴。”②“厥头痛,头脉痛,心悲,喜泣,视头动脉反盛者,刺尽去血,后调足厥阴。”③“厥头痛,贞贞头重而痛,泻头上五行,行五,先取手少阴,后取足少阴。”④“厥头痛,意善忘,按之不得,取头面左右动脉,后取足太阴。”⑤“厥头痛,项先痛,腰脊为应,先取天柱,后取足太阳。”⑥“厥头痛,头痛甚,耳前后脉涌有热,泻出其血,后取足少阳。”⑦“肾心痛,先取京骨、昆仑,发针不已,取然谷。”⑧“胃心痛,取之大都、太白。”“脾心痛,取之然谷、太溪。”“肝心痛,取之行间、太冲。”“肺心痛,取之鱼际、太渊。”

35)《灵枢·杂病》:①“喉痹,不能言,取足阳明;能言,取手阳明。”②“齿痛,不恶清饮,取足阳明;恶清饮,取手阳明。”③“聋而不痛者,取足少阳;聋而痛者,取手阳明。”

④“腰痛，痛上寒，取足太阳阳明；痛上热，取足厥阴；不可俯仰，取足少阳；中热而喘，取足少阴、腘中血络。”⑤“项痛不可俯仰，刺足太阳；不可以顾，刺手太阳也。”⑥“心痛引腰脊，欲呕，取足少阴；心痛，腹胀，啬啬然大便不利，取足太阴。心痛引背，不得息，刺足少阴，不已，取手少阳。心痛引小腹满，上下无常处，便溲难，刺足厥阴。心痛，但短气不足以息，刺手太阴。心痛，当九节刺之，不已，刺按之，立已。不已，上下求之，得之立已。”

36)《灵枢·口问》：“肾主为欠，取足少阴；肺主为哕，取手太阴、足少阴；唏者，阴盛阳绝，故补足太阳，泻足少阴；振寒者，补诸阳；噫者，补足太阴、阳明；嚏者，补足太阳眉本；䙝，因其所在，补分肉间；泣出，补天柱经侠颈，侠颈者，头中分也；太息，补手少阴，心主，足少阳留之；涎下，补足少阴；耳鸣，补客主人、手大指爪甲上与肉交者；自啮舌，视主病者，则补之；目眩头倾，补足外踝下留之；痿厥心悗，刺足大指间上二寸留之，一曰足外踝下留之。”

37)《灵枢·海论》：“胃者，水谷之海，其输上在气街，下至三里；冲脉者，为十二经之海，其输上在与大杼，下出于巨虚之上下廉；膻中者，为气之海，其输上在于柱骨之上下，前在于人迎；脑为髓之海，其输上在于其盖，下在风府。”

38)《灵枢·五乱》：“五乱者，刺之有道乎？……气在于心者，取之手少阴，心主之输；气在于肺者，取之手太阴荥、足少阴输；气在于肠胃者，取之足太阴、阳明，不下者，取之三里；气在于头者，取之天柱、大杼，不知，取足太阳荥输；气在于臂足，取之先去血脉，后取其阳明、少阳之荥输。”

(8) 养生

1)《素问·上古天真论》：①“上古之人，其知道者，法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”②“今时之人不然也，以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也。”③“虚邪贼风，避之有时，恬淡虚无，真气从之，神精内守，病安从来？”④“是以志闲而少欲，心安而不惧，形劳而不倦，气从以顺，各从其欲，皆得所愿，故美其食，任其服，乐其俗，高下不相慕，其民故曰朴。”⑤“是以嗜欲不能劳其目，淫邪不能惑其心，愚智贤不肖，不惧于物，故合于道，所以能年皆度百岁，而动作不衰者，以其德全不危也。”⑥“上古有真人者，提挈天地，把握阴阳，呼吸精气，独立守神，肌肉若一，故能寿敝天地，无有终时，此其道生。”⑦“中古之时，有至人者，淳德全道，和于阴阳，调于四时，去世离俗，积精全神，游行天地之间，视听八达之外。此盖益其寿命而强者也，亦归于真人。”⑧“其次有圣人者，处天地之和，从八风之理，适嗜欲于世俗之间，无恚嗔之心，行不欲离于世，被服章，举不欲观于俗，外不劳形于事，内无思想之患，以恬愉为务，以自得为功，形体不敝，精神不散。亦可以百数。”⑨“其次有贤人者，法则天地，象似日月，辨列星辰，逆从阴阳，分别四时，将从上古，合同于道，亦可使益寿，而有极时。”

2)《素问·四气调神篇》：①“夜卧早起，广步于庭，被发缓形，以使志生，坐而勿杀，

予而勿夺，尝而勿罚，此春气之应，养生之道也。”②“夜卧早起，无厌于日，使志无怒，使华英成秀，使气得泄，若所爱在外，此夏气之应，养长之道也。”③“早卧早起，与鸡俱兴，使志安宁，以缓秋刑，收敛神气，使秋气平，无外其志，使肺气清，此秋气之应，养收之道也。”④“早卧晚起，必待日光，使志若伏若匿，若有私意，若已有得，去寒就温，无泄皮肤，使气亟夺，此冬气之应，养藏之道也。”⑤“夫四时阴阳者，万物之根本也。所以圣人春夏养阳，秋冬养阴，以从其根。”

3)《素问·阴阳应象大论》：“惟贤人上配天，以养头，下象地，以养足，中傍人事，以养五藏。”

4)《灵枢·师传》：“食饮衣服，亦欲适寒温，寒无凄怆，暑无出汗。食饮者，热无灼灼，寒无沧沧，寒温中适，故气将持，乃不致邪僻也。”

5)《灵枢·五味》：①“五谷：秔米甘，麻酸，大豆咸，麦苦，黄黍辛。五果：枣甘，李酸，栗咸，杏苦，桃辛。五畜：牛甘，犬酸，猪咸，羊苦，鸡辛。五菜：葵甘，韭酸，藿咸，薤苦，葱辛。五色：黄色宜甘，青色宜酸，黑色宜咸，赤色宜苦，白色宜辛。”②“所言五宜者，脾病者，宜食秔米饭牛肉枣葵；心病者，宜食麦羊肉杏薤；肾病者，宜食大豆黄卷猪肉栗藿；肝病者，宜食麻犬肉李韭；肺病者，宜食黄黍鸡肉桃葱。”③“五禁：肝病禁辛，心病禁咸，脾病禁酸，肾病禁甘，肺病禁苦。”

6)《灵枢·五味论》：“酸走筋，多食之，令人癃；咸走血，多食之，令人渴；辛走气，多食之，令人洞心；苦走骨，多食之，令人变呕；甘走肉，多食之，令人悗心。”

7)《灵枢·百病始生》：“忧思伤心；重寒伤肺；忿怒伤肝；醉以入房，汗出当风伤脾；用力过度，若入房浴汗出浴，则伤肾。此内外三部之所生病者也。”

92.“大惑论”剖析

“大惑论”，系黄帝内经《灵枢第八十篇》。惑者迷惑也，包括眩和晕，因“目者，心使也。”“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。”所以通过目的变化，一方面可以了解人体的某些精神状态，另一方面也可了解脏腑的某些病态。本篇的主要内容是眼科“五轮学说”的理论基础。其次阐述了迷惑、善忘、善饥、不嗜食、不得卧、不得视、多卧少瞑等症的病因病机，指出总的病机是营卫逆行，阴阳盛衰，特别提出精神状态与治疗的关系。

(1) 重要经文有8条

1) 目之五脏分属

经文：“五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精。精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑眼，血之精为络，其窠气之精为白眼，肌肉之精为约束，裹撷筋骨血气之精而与脉并为系，上属于脑，后出于项中。”

语释：五脏六腑的精气，皆上注于眼部，从而产生精明视物的作用。所以眼窝内为精气的结晶，成为眼睛。其中骨之精主肾，滋养瞳孔；筋之精主肝，滋养角膜和虹膜；血

之精主心，滋养内外眦和泪管；气之精主肺，滋养球结膜和巩膜；肉之精主脾，滋养上下眼睑，并包含着筋、骨、血、气的精气与脉络合并形成目系，上连于脑，后出颈项中间。

2）惑之成因

经文一："故邪中于项，因逢其身之虚，其入深，则随眼系以入于脑，入于脑则脑转，脑转则引目系急，目系急则目眩以转矣。"

语释：邪侵颈部，乘虚随目系深入脑部而产生头晕，头晕又反过来使目系紧急而视物不清，于是造成眩晕。

经文二："邪其精，其精所中不相比也，则精散，精散则视歧，视歧见两物。"

语释：邪气影响到眼睛使精气散离而发生复视。

经文三："目为五脏六腑之精也，营卫魂魄之所常营也，神气之所生也。故神劳则魂魄散，志意乱，是故瞳子黑眼法于阴，白眼赤脉法于阳也。故阴阳合传而精明也。目者，心之使也。心者，神之舍也，故神分精乱而不转。卒然见非常之处，精神魂魄，散不相得，故曰惑也。"

语释：眼睛既是脏腑精气之所注，也是营卫气血精神魂魄经常通行和伏藏的场所。眼睛的精明视物功能，主要在于神气的生养。当精神疲劳时，就会使魂魄意志散乱，眼睛也就没有神气了。瞳孔属肾，黑睛属肝，两者为阴藏的精气所生，白睛属肺，赤脉属心，两者为阳脏的精气所生。由于阴阳的精气合聚，眼睛方能清晰地视物。眼睛的视觉特别受心神的支配，因为心主藏神，主管精神思维活动，所以心神散乱时阴阳精气便不能合聚。如果人处惊险之地，就会引起心神散乱，使魂魄不安，产生视觉迷乱，曰惑也。

经文四："心有所喜，神有所恶，卒然相惑，则精气乱，视误，故惑，神移乃复，是故间者为迷，甚者为惑。"

语释：登高观赏，心情常是愉快的，但突然遇到惊险处，精神觉得厌恶，喜恶交感，精气就会一时性的散乱而产生视觉迷乱。一旦离开这种环境，注意力一转移，就复常了。一般轻则视觉迷糊，不辨方向，称为迷；重则眼花缭乱，头晕脑胀称为惑。

3）善忘之成因

经文："上气不足，下气有余，肠胃实而心肺虚。虚则营卫留于下，久之不以时上，故善忘也。"

语释：肠胃之气阻滞，心肺之气不足，造成营卫之气留著于肠胃而不能向上宣达，神气失养不能周全而生健忘。

4）善饥而不嗜食之因

经文："精气并于脾，热气留于胃，胃热则消谷，谷消故善饥。胃气逆上，则胃脘塞，故不嗜食也。"

语释：饮食入胃，化生精气，归于脾，阳热之气则留于胃，如胃中燥热太盛，消化力增强，容易饥饿。如胃气上逆，失于和降，则胃脘闭塞，难以纳谷而不嗜食。

5）不得卧之成因

经文："卫气不得入于阴，常留于阳，留于阳则阳气满，阳气满则阳蹻盛，不得入于阴

则阴气虚,故目不得瞑矣。"

语释:卫气昼行于阳,则神出于目而醒,夜行于阴,则神敛于脏而睡。如果卫气不能运行入于阴,常留于阳,使阳分之卫气充满,相应的阳蹻脉也就偏盛,由于卫气不入于阴,阴分的卫气就虚少而不能敛阳,所以不能闭目安睡。

6) 不得视之成因

经文:"卫气留于阴,不得行于阳,留于阴则阴气盛,阴气盛则阴蹻满,不得入于阳则阳气盛,故目闭也。"

语释:卫气留于阴,不能运行于阳,使阴分的卫气充满,相应地,阴蹻脉也就偏盛,由于卫气不入于阳,阳分的卫气就虚少而阴盛于内,所以闭目而不欲视物。

7) 多卧少瞑之成因

经文一:"肠胃大则卫气留久,皮肤湿则分肉不解,其行迟。夫卫气者,昼日常行于阳,夜行于阴,故阳气尽则卧,阴气尽则寤。故肠胃大,则卫气行留久;皮肤湿,分肉不解,则行迟。留于阴也久,其气不清,则欲瞑,故多卧矣。"

语释:体胖者,卫气在内稽留的时间过长,皮肤也涩滞,肌肉间就不滑利,使卫气在体表的运行也迟缓。卫气运行的常规是:白天运行于外表阳分,夜间运行于内在阴分。当卫气行于阳气已尽,由表入里时人就入睡。卫气运行于阴分已尽,由里出表时人就睡醒。既然胖人的卫气在内稽留时间过长,加上皮肤的涩滞和肌肉的不滑利,使卫气在体表的运行迟缓,由于卫气久留阴分,阳气内敛不振,人的精神就差而困倦多卧也。

经文二:"其肠胃小,皮肤滑以缓,分肉解利,卫气之留于阳也久,故少瞑焉。"

语释:形瘦者,皮肤滑润松缓,肌肉间也较通利,卫气运行于阳分的时间也较长,阳气外张,使人的精神易于振奋,人就少眠。

经文三:"邪气留于上膲,上膲闭而不通,已食若饮汤,卫气留久于阴而不行,故卒然多卧焉。"

语释:邪气滞留于上焦,上焦闭阻不通,又因饮食之后暴饮汤水,迫使卫气留滞于肠胃之内,卫气久留于阴分而不能外运于阳分,所以突然多卧嗜睡。

8) 治疗原则

经文:"先其脏腑,诛其小过,后调其气,盛者泻之,虚者补之,必先明知其形志之苦乐,定乃取之。"

语释:首先应辨明脏腑的病变所在,纵然邪微病轻,也应先祛其邪,然后再调理其营卫之气。原则是邪气盛者用泻法,正气虚者用补法。其中特别重要的是要了解患者的形体劳逸和情志苦乐,然后施治方可奏效。

(2) 重要论点有5个

1) "五轮学说"的渊源

瞳孔为水轮,属肾,角膜和虹膜为风轮,属肝,球结膜和巩膜为气轮,属肺,内外眦和泪管为血轮,属心,眼睑为肉轮,属脾。这个**"五轮学说"是目前眼科治疗的重要理论依**

据,特别是内眼病更离不开它。如眼底病常从补益肝肾入手而奏效,如用眼科名方"石斛夜光丸"。又如结膜炎用清肺泻肺的药(桑白皮、炙杷叶、黄芩、葶苈子)等有效。再如重症肌无力,用补气健脾的"补中益气汤"奏效等。这些都说明"五轮学说"的临床意义。"五轮学说"的理论渊源在于本篇的目之五脏分属,所谓:"骨之精为瞳子,筋之精为黑眼,血之精为络,其窠气之精为白眼,肌肉之精为约束。"

2)迷惑证候的含义

迷惑证候的含义有两个:一是视觉功能的失常,叫眩;二是精神神经症状称晕。①视觉:"五脏六腑之精气,皆上注于目而为之精。""目者,五脏六腑之精也,营卫魂魄之所常营也,神气之所生也。"这是两段重要经文,说明目之视觉功能在于五脏六腑精气的滋养和神气的生养。反过来目之变化可测知五脏六腑功能之盛衰,特别是神气的变化。因为四诊里的望神主要通过眼神来推测人之有神、无神和假神。这些目与神、精的关系,对中医望诊颇具指导意义。另外,当邪气侵犯双目,使精气散离,便可出现复视;加之,魂魄不安使视觉迷乱,如果造成卫气留阴不能行阳,阳分卫气虚而阴盛于内,则闭目不欲视物,所谓不得视。其重要性还在于指出脏腑精气、心神紊乱时,便可产生目部的证候。②精神:精神疲劳或突受刺激如登高、惊险等,都会造成魂魄意志的散乱("神劳则魂魄散,志意乱";"神精乱而不转"),阴阳的精气不能合聚,人就会头晕。经文又云:"目者,心之使也;心者,神之舍也。""脑转则引目系急,目系急则目眩以转矣。"说明目能反映人之神,又受神之生养。精神因素可使目眩,目眩又可影响精神而致晕,故眩晕常合称。迷惑证候相当于眩晕。本篇从目→脏腑精气→神→精神因素等环节来解释其成因。目前介绍眩晕的成因则有了进展,主要有四个:一因《素问·至真要大论》的"诸风掉眩,皆属于肝",责之于水不涵木。二因《灵枢·口问》的"上气不足,脑为之不满",责之于无虚不作眩,主要是精髓之虚。三因《丹溪心法》的"无痰则不作眩",责之于痰浊上扰。四因《景岳全书》的"中气下陷,当以治虚为主",责之于气血亏虚。

3)人卧醒寤的原因

"夫卫气者,昼日常行于阳,夜行于阴,故阳气尽则卧,阴气尽则寤。"人之睡醒同营卫之气的运行关系甚大。这也就是《灵枢·寒热病》中所云的:"阳气盛则瞋目,阴气盛则瞑目。"中医这套卧寤理论,清楚地解释了失眠和嗜睡的病因,而且能指导治疗。如失眠者常因"阳气偏盛"、"阴虚阳盛",卫气留于阳过久所致。其治应损其有余之阳,用"热者寒之"的滋阴清火法。嗜睡者常因"阴气偏盛"、"阳虚阴盛",卫气留于阴过久所致。其治应损其有余之阴,用"寒者热之"的健脾化湿法。

4)善忘善饥之说

本篇分析善忘之因在于肠胃气滞、营卫之气难以上达,造成心肺气虚、神气失养所致。目前临床对健忘的病因认识有了发展,主要责之于心脾不足和肾精虚衰,而把治疗重点放在补益脾气和滋养肾精上,并少佐养心宁神之品,而不只放在心肺肠胃上。

本篇分析善饥而不嗜食的病因在于胃中燥热太盛及胃失和降,这个论述能符合目前的临床证治。

5）治疗原则的精华

本篇提出的“盛者泻之，虚者补之”是重要的治则大法。又主张重视“形志之苦乐”，提出患者的精神状态直接关系到治疗效果，这就是中医整体治疗的一个特色。在《素问·血气形志篇》和《灵枢·九针论》中都有细述，至今仍是提高疗效的一个重要手段。

综上剖析，《灵枢·大惑论》的临床价值在于：成为眼科“五轮学说”的理论基础；成为望诊特别是望神的重要依据；论述的眩晕成因仍可作为临床证治之一法；分析失眠、嗜睡的病因辨证，指导临床立法；而“盛泻虚补”、“知其形志之苦乐”，更可谓中医治法的精华之得。

93.“举痛论”粗识

“举痛论”系《黄帝内经·素问》第39篇。“举”者又指“卒”，为突然发病的痛证。本篇的宗旨有两个，一是专门论述“卒痛”的病因和诊断；二是阐述“百病生于气”，以“九气”为因，引证人体的升降气机。

（1）重要论点有4段经文

经文一：“帝曰：愿闻人之五藏卒痛，何气使然？岐伯对曰：经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中，则气不通，故卒然而痛。”

语释：五脏突然作痛是何种邪气所致？人身经脉中的气血周流循环不休，若寒邪侵入经脉则气血的循环被留滞凝涩而不能畅行，如侵袭经脉之外，则气病影响及血，血流不畅而血少。如侵入经脉之中，则血病影响及气，气机不能畅通而突发痛证。

经文二：“寒气客于脉外，则脉寒，脉寒则缩蜷，缩蜷则脉绌急，则外引小络，故卒然而痛，得炅则痛立止，因重中于寒，则病久矣。”

语释：寒邪侵入经脉之外，则经脉受寒而收缩，屈曲拘急，于是牵引在外的细小络脉而突发作痛，但只要得到热气，痛就立即停止，如果再次感受，则阳气更伤，气血更滞，痛就不易治愈。

经文三：“帝曰：所谓言而可知者也，视而可见，奈何？岐伯曰：五脏六腑，固尽有部，视其五色，黄赤为热，白为寒，青黑为痛，此所谓视而可见者也。帝曰：扪而可得奈何？岐伯曰：视其主病之脉，坚而血及陷下者，皆可扪而得也。帝曰：善。”

语释：以上病情是从问诊中可以了解的。望而可知又怎样呢？五脏六腑在面部均有所属的部位，望其五色便可知也，如黄色、赤色为热，白色为寒，青色、黑色为痛，这就是望而可知。切诊又是怎样呢？视其病邪所在的经脉，坚实的有外邪结聚，血留不散的络脉必盛起，多属实证阳证，如经脉下陷，则为气血不足，多属虚证阴证。

经文四：“余知百病生于气也，怒则气上，喜则气缓，悲则气消，恐则气下，寒则气收，炅则气泄，惊则气乱，劳则气耗，思则气结，九气不同，何病之生？岐伯曰：怒则气逆，甚则呕血及飧泄，故气上矣。喜则气和志达，荣卫通利，故气缓矣。悲则心系急，肺布叶举

而上焦不通，荣卫不散，热气在中，故气消矣。恐则精却，却则上焦闭，闭则气还，还则下焦胀，故气不行矣。寒则腠理闭，气不行，故气收矣。炅则腠理开，荣卫通，汗大泄，故气泄矣。惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣。劳则喘息，汗出，外内皆越，故气耗矣。思则心有所存，神有所归，正气留而不行，故气结矣。"

语释：许多疾病的发生均因气机的反常所致。如暴怒则气上逆，大喜则气舒缓，悲哀则气消沉，恐惧则气下沉，遇寒则气收敛，得热则气外泄，受惊则气紊乱，劳累则气耗散，思虑则气郁结，这九气的病机不同，在临床有何表现？大怒使肝气上逆，气逆血升，血为气迫，甚至呕血。肝气还可横逆脾胃，影响运化则生腹泻，故"怒则气上"。喜乐可伤心气，造成心气涣散舒缓，思维难以集中，健忘不精，故"喜则气缓"。悲哀伤肺气，使心系急，肺叶张大，上焦不得宣通，营卫之气难以散布，热气郁于胸中，故"悲则气消"。恐惧伤肾，使精气下却不能上交于心肺，以致上焦闭塞，气还并郁于下造成下焦胀满，故"恐则气下"。寒则腠理闭塞，卫气不得宣达，故"寒则气收"。热则腠理开发，营卫通达汗出，阳气随汗外泄，故"热则气泄"。受惊则心无所主而心悸，神志无所归附而疑虑不定，心气散乱，故"惊则气乱"。劳累则阳气外张，肺气不降而喘息汗出，内喘外汗，内外之气均耗损，故"劳则气耗"。思虑则精神高度集中，常使正气停留而不运行，故"思则气结"。

(2) 要点有3条

1) 关于痛证的病因病机：本文将痛证的病因归于"寒气"，病机责之于"泣而不行"，"缩踡则脉绌急"。一是寒凝，二是不通则痛。这是对痛证的最早论述，沿用至今仍有临床意义。后世对痛经、寒痹、头痛、胸痛等止痛的治则"一温二通"便是渊源于"举痛论"。

寒凝是痛证的主要病因，但并非全部病因。临床痛证还可因于痰浊、食阻、虫积、肝郁气滞、血瘀、脾肾虚损等因，故不可单纯追求寒凝一因。痛证的病机则专为"不通则痛"，故治痛大法在于通也。

2) 关于痛证的辨证论治：本文以寒邪侵犯脏腑的部位和程度的不同来论述痛证的各种不同表现，虽然对后世有所启迪，但仅以部位和程度来分辨痛证的方法，并不完全适用于临床。对此张介宾有精辟的补充。其云："凡痛而胀闭者多实，不闭不胀者多虚。痛而拒按者为实，可按者为虚。喜寒者多实，爱热者多虚。饮而甚者多实，饥而甚者多虚。脉实气粗者多实，脉虚气少者多虚。痛在经者，脉多宏大，痛在脏者，脉多沉微。"这种以虚实来辨痛证的方法十分切中临床。

临床见痛证，务必注意五点：部位、性质、诱因、兼证和舌脉。一般来讲，实痛属热，虚痛属寒。胀痛为气滞，刺痛为瘀血，饱痛为食阻，麻痛发沉为痰浊，阵痛顶撞为虫积。

3) 关于"百病生于气"：中医病机的一个重要论点是气机升降的失调。本文将影响气机的原因归纳为三条：一是精神刺激，造成气上、气缓、气消、气下、气乱、气结六种病变；二是外感气候因素，寒热之变，造成收泄之分；三是劳倦伤精，造成气耗。此即所谓"九气"矣，也就是"百病生于气"。

"九气"主要是七情所伤五脏:怒伤肝,肝气上逆横克而呕血腹泻,是谓"怒则气上";喜伤心,心气缓散,精神不能集中,是谓"喜则气缓";悲忧伤肺,肺气耗损,意志消沉,是谓"悲则气消";惊恐伤肾,肾气不固,元气下陷,心肾不交,神无所附,慌乱失措,是谓"恐则气下"、"惊则气乱";思伤脾,脾气虚则运化无力而阻滞不化,是谓"思则气结"。所伤五脏主要影响心、肝、脾的功能而见相应的病证。

本文关于情志因素影响气机升降失调而生病变的论点,至今仍是中医发病学的一个重要内容。由于七情致病的作用在于使脏腑的气机升降失常,气血功能紊乱,所以有"百病生于气"之说。甚则还可郁而生火,这便是"五志化火"。因此在**内伤杂病的论治中要抓住虚、气、火三个关键**。

(3) 临床价值

1) 痛证的成因:"寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛。"一是寒,二是凝,故止痛大法即为温通。这个观点目前仍对临床论治有指导作用,且为后世发展成"不通则痛,通则不痛"论。

2) 痛证辨证上四诊的运用:"青黑为痛","视其主病之脉,坚而血及陷下者,皆可扪而得之。"对痛证的部位和程度做出辨证论治,对后世有启迪作用。当然后世也作了发挥,特别是张介宾以虚实来辨证,更有临床价值。

3) "百病生于气"是中医发病学的重要组成。七情致病的关键在于气机,因此内伤杂病的一个重要治则便是"调气",另外配合精神疗法至关重要。文中提出的"九气"颇具临证价值,"怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,寒则气收,炅则气泄,惊则气乱,劳则气耗,思则气结。"

94."血痹虚劳病"解读

《血痹虚劳病脉证并治》系张仲景《金匮要略》中的一个重要篇章,阐述血痹和虚劳两个病证的病因病机及其辨证论治。全篇经文 18 条,方剂 7 首。

(1) 血痹(第 1~2 条原文)

1) 病因病机:第 1 条"夫尊荣人骨弱肌肤盛,重困疲劳汗出,卧不时动摇,加被微风,遂得之。"第 2 条"阴阳俱微。"说明血痹的成因,首先是气血亏损,复受风寒,造成阳气痹阻,血行凝滞。所谓:"血既以风入而痹于外,阳亦以血痹而止于中。"

2) 脉证:第 1 条"但以脉自微涩,在寸口、关上小紧。"第 2 条"寸口关上微,尺中小紧,外证身体不仁,如风痹状。"说明血痹的脉象为微涩小紧。微者,细小而沉弱之意,显示气血亏损,阳气痹阻。涩者,流畅不利之意,表明阴血凝滞。小紧者,小小有力之意,表明感受风邪。总之,血痹的脉象应当是沉细不畅但稍许有力。血痹的证候是"身体不仁,如风痹状",即肢体局部有麻痹的感觉,甚至如风痹的痠痛感,但较轻。血痹同痹证

的主要区别有两条：一是有无气血亏损，二是麻木与疼痛。血痹相当于虚痹与久痹。

3）治法：第 1 条“宜针引阳气，令脉和紧去则愈。”第 2 条“黄芪桂枝五物汤主之。”血痹虽为血行痹阻，但治则不能独取血分，应当引动阳气。所谓“气行则血行”。其治当为温阳通痹。轻者用针刺，重者投黄芪桂枝五物汤。原方黄芪 9g、桂枝 9g 通阳为主药，芍药 9g 敛阴除痹，生姜 18g、大枣 12 枚调和营卫为辅，同时温服以助阳通利。目前临床用其治麻木痛楚，半身不遂，如中风后遗症、末梢神经炎、肌肉萎缩、慢性关节炎等依然有效。一般用生芪 15～30g，改用赤芍 10g、桂枝 10g，姜枣不用，加丹参 30g、当归 10g。

4）病例：韩右，患糖尿病十余载，用胰岛素可以控制血糖，病情较稳定。惟近半年来双指及腕部麻木如触电感，遇寒更著，尤其近旬，触物即发，其苦难言，苔薄白，脉沉细小弦。《金匮要略》有言：“血痹阴阳俱微”，“外证身体不仁，如风痹状，黄芪桂枝五物汤主之。”麻木者营卫不和，血行不畅之故，实因气虚阳痹之因，温阳行痹最为得当。

生　芪 30g	桂　枝 10g	当　归 10g	丹　参 30g
赤　芍 10g	桑　枝 15g	生　地 30g	木　香 5g
鸡血藤 15g			

两煎分早晚服，三煎加花椒 20 粒泡手 20 分钟。共 14 剂指麻缓解。

(2) 虚劳(第 3～18 条原文)

1）脉：第 3～11 条，“脉大”，“极虚”，“脉浮”，“脉虚沉弦”，“其脉浮大”，“脉虚弱细微”，“脉浮弱而涩”，“脉沉小迟”，“脉弦而大，弦则为减，大则为芤，减则为寒，芤则为虚，虚寒相搏，此名为革”。归纳起来，虚劳的脉象有两类：一是“大”，即浮大无力或中空；二是“极虚”，即沉细而微。

2）证：第 3～11 条：①血虚：“面色薄”，“卒喘悸”，“主渴”。②气血虚：“短气里急，小便不利，面色白，时目瞑，兼衄，少腹满”，“喜盗汗”。③阴虚：“手足烦，春夏剧，秋冬瘥，阴寒精自出，痠削不能行”，“痹使背行”。④阳虚：“疾行则喘喝，手足逆寒，腹满，甚则溏泄，食不消化也”，“为无子，精气清冷”，“肠鸣”。本篇将虚劳以五脏的气血阴阳来分，纲举目张，便于临床的辨证论治。但原文的主证并不简要，须在临诊中加以归纳。

3）方：第 12～18 条共 7 首。

A. 桂枝加龙骨牡蛎汤证（第 12 条）病机：阴阳两虚。证候：遗精，梦交，“少腹弦急，阴头寒，目眩，发落，脉极虚芤迟。”组方：调和营卫，桂枝汤（桂枝、白芍、姜各 9g，甘草 6g，大枣 12 枚）。潜阳摄纳，生龙牡各 9g。应用：此方略佐固摄之品，治肾之阴阳两虚的遗精、梦交有独到之处。在脉证上应见腰痠，五心烦热诸证。用量上桂枝 10g，白芍 15g，生姜 5g，甘草 5g，大枣 5 枚，生龙牡各 30g，另加山萸肉 10g，补骨脂 15g，五味子 10g。此方还可用治自主神经功能紊乱、更年期综合征和癫痫等，也有奇效。辨证的关键要见后背冒寒，半侧出汗，苔白脉细。前两证加菖蒲 10g，郁金 10g，葛根 10g；后一证加青礞石 10g，制大黄 10g，胆星 10g。

病例：张右，年逾 40，经事紊乱，失眠心烦，梦与鬼交，性躁难静，背如透风，左侧自

汗，阵作难忍。病历半载，曾经西医医院诊为更年期综合征。苔薄白，脉细数无力。营卫不和，阴阳失调，心神难宁。宗《金匮要略》桂枝加龙骨牡蛎汤化裁，先调营卫，酌佐宁神。

桂　枝 10g　生白芍 15g　夜交藤 30g　石菖蒲 10g
郁　金 10g　葛　根 10g　浮小麦 30g　大　枣 10 枚
云　苓 15g　生龙牡各 30g

每日一剂，水煎分早晚服。共进 7 剂，夜寐转酣，梦交消失，加知母 10g、炒枣仁 10g，再进 7 剂，烦躁自汗解除，夜寐更佳，改为每晚服 1 次，巩固 1 个月而效。

B. 小建中汤(第 13 条)病机：阴阳两虚，以脾胃虚寒为主。证候：脘腹里急而痛("虚劳里急，悸、衄，腹中痛，梦失精，四肢痠痛，手足烦热，咽干口燥")。组方：桂枝汤原方倍量芍药，加饴糖 30g。应用：此方专治阳虚的虚寒证，特别是脾胃之虚。目前临床常用于虚寒证类的溃疡病、胃炎、胃肠功能紊乱等。其辨证的关键在于胃脘疼痛而喜温喜按，得食则缓，饥时加重，苔薄白，脉沉细。此方同香砂六君子汤均治胃脘虚痛，两者区别有三条：一是情绪诱因，六君子更显；二是六君之痛而兼胀，小建之痛而兼凉；三是六君之脉有弦象。目前临床常用的剂量应为：桂枝 10g，生白芍 15g，炙甘草 10g，大枣 5 枚，加高良姜 10g，香附 10g，服时化高粱饴糖 3 块。

病例：钟生，年近三旬，因用脑过度，常感胃脘隐痛，半夜痛醒，痛时喜按喜温，进块饼干即可缓解，食纳渐减，泛酸便调，形疲乏力。曾经胃镜检查，诊为"胃窦部溃疡病"。苔薄白，质较淡，脉沉细。中宫虚寒，寒凝致痛，犹如《金匮要略》"虚劳里急"之证，宜小建中汤主之，建中以驱寒。

桂　枝 10g　生白芍 15g　炙甘草 10g　大　枣 5 枚
生　芪 15g　当　归 10g　高良姜 10g　香　附 10g
服时冲高粱饴糖 3 块。

服药 7 剂，脘冷痛明显减轻，食纳增加 1 倍，再加生牡蛎 30g，焦三仙 30g，鸡内金 30g，木香 10g，连服 14 剂，症状解除，精神振作。原方加川楝子 10g，玄胡 10g，石菖蒲 10g，郁金 10g，用 5 剂量研细末，装入胶囊中常服，一天 3 次，每次 2g，共服 3 个月，钡透溃疡灶消失。

C. 黄芪建中汤(第 14 条)病机：阴阳两虚，虚寒更甚。证候：胃脘寒痛更显，伴汗出乏力肢倦，苔白质淡，脉沉细迟。"虚劳里急，诸不足"。组方：小建中汤加黄芪 4.5g。应用：主要加强了温中补虚之力，故较小建中汤应用更广更效。目前临床常用量生芪 15～30g，再加当归 10g。

D. 八味肾气丸汤证(金匮肾气丸：第 15 条)病机：肾阳不足。证候：肾阳亏损("虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者")，腰痛畏寒，小便不利(包括尿少、尿频、遗尿)，浮肿，消渴，咳喘。组方：地黄 24g，山药 12g，山萸肉 12g，泽泻、丹皮、云苓各 9g，桂枝 3g，炮附子 3g，蜜丸酒下。应用：各种慢性病凡属肾阳不足证类者均可用肾气丸取效，如肺气肿、肺心病、肾炎、前列腺肥大、糖尿病、高血压、坐骨神经痛、椎体骨刺、更年期综合征等。其

辨证关键在于腰痛畏寒，苔白质淡胖，脉沉细尺弱。组方中的剂量为生地 10g，山药 10g，山萸肉 10g（用黄精 10g 代），泽泻 10g，云苓 15g，丹皮 10g，制附片 5～10g（寒痛甚改用制川、草乌各 10g），肉桂 3g（利水或麻痛时用桂枝 10g）。

病例：刘右，年逾花甲，入冬后冒雪外出，遂有腰痛腿麻之苦，遇寒发作加重，甚则影响步履，难以转侧，左重右轻，经针灸治疗痛麻不减，纳便尚调，苔薄白，质淡胖，脉沉细尺弱右小弦。证属肾虚阳微，寒痹经络发为痛痹，治宜金匮肾气丸加减。

桂　枝 10g　生　地 10g　山　药 15g　黄　精 10g
泽　泻 10g　云　苓 15g　鸡血藤 10g　老鹳草 10g
川牛膝 15g　三七粉 3g冲　制川、草乌各 10g先煎半小时

服药 7 剂腰痛减轻，腿麻依旧，上方加地龙 10g、三七粉 6g冲、丹参 30g，连服 10 剂，疼麻显著缓解。

E. 薯蓣丸汤证（第 16 条）病机：气血阴阳诸不足。证候：虚劳而复感外邪（“虚劳诸不足，风气百疾”）。组方：薯蓣 30 份，当归、桂枝、神曲、地黄、豆卷各 10 份，甘草 28 份，人参 7 份，川芎、白芍、白术、麦冬、杏仁各 6 份，柴胡、桔梗、云苓各 5 份，阿胶 7 份，干姜 3 份，白蔹 2 份，防风 6 份，大枣百枚为膏成丸酒送。应用：因虚复感外邪，不可单纯祛邪，以防重虚而恋邪。治当调补扶正，以收扶正祛邪之功。扶正中尤重调补脾胃，充实生化之源，这便是薯蓣丸的组方原则，成为虚人外感的代表方。临床尤宜用于虚痹、久痹、老慢支、肺心病等。

病例：蒋氏，吸烟近 30 载，终年咳喘痰多，冬重夏轻，每因感冒而发作。近月心悸怔忡，动则气短，入暮肢肿发沉，胸憋脘胀，纳差肢倦，便溏溲调，时有汗出，痰虽减少但夜难平卧。经胸片检查，诊为“肺气肿、肺源性心脏病”。苔薄白，质淡胖，脉沉细无力。《金匮》云：“虚劳诸不足，风气百疾，薯蓣丸主之。”虚人外感宜扶正以祛邪，调补中焦为主。

白人参 5g另煎　山　药 30g另煎　炒白术 15g　云　苓 15g
陈　皮 10g　当　归 10g　白　芍 10g　北沙参 10g
杏　仁 10g　桔　梗 10g　焦三仙 30g　防　风 5g

每剂煎 2 汁，煮山药食用，共进 14 剂，心悸喘息缓解，夜能平卧，纳谷增加为每日 5 两。上方加葛根 10g，全瓜蒌 30g，再进 14 剂，咳喘稍作，体力增加，纳便已调。再以原方加五味子 10g，鸡内金 30g，桑白皮 10g，生芪 10g，生苡仁 10g，共研细末，装入胶囊，一天 3 次，每次 2g，连服 3 个月，感冒明显减少，咳喘心悸已很少发作，发作时间亦明显缩短，病情已稳定。

F. 酸枣仁汤证（第 17 条）病机：肝阴不足，心血亏虚。证候：“虚劳虚烦不得卧。”组方：酸枣仁 60g，甘草 3g，知母 6g，云苓 6g，川芎 6g。应用：此方所治的失眠，证属阴血不足，神失所舍，故辨证关键在于五心烦热，苔净质红，脉细数。目前应用的组方和剂量如下：炒枣仁 15g，夜交藤 30g，知母 10g，川芎 10g，云苓 15g，石菖蒲 10g，郁金 10g，生牡蛎 30g。如有肾水不足，腰痠腿软则可佐以交泰丸（川连：肉桂 = 3∶1），交通心肾。并可制

成膏剂、散剂久服，巩固疗效。

病例：大学生郭某，学习紧张，经常失眠，乱梦纷纭，时有梦遗，腰痠腿软，精力不支，性躁且烦，手心烦热汗出，苔薄黄质红，脉细数尺弱。阴血亏损，心火上炎，心神失宁，心肾不交。《金匮》曰："虚劳虚烦不得眠，酸枣仁汤主之。"

炒枣仁 15g	夜交藤 30g	知　母 10g	川　芎 10g
云　苓 15g	石菖蒲 10g	郁　金 10g	生牡蛎 30g
黄　连 10g	肉　桂 3g		

每剂煎 2 汁，每晚睡前 1 小时服 1 汁，10 天后夜梦减少，已能入睡 4 小时左右。上方加生地 10g，当归 10g，生栀子 10g，再服半个月，心悸较稳定，每晚能入睡 6 小时左右，夜梦很少，精神好转。原方 5 剂量水煎后用蜂蜜收膏，川黄连：肉桂＝3∶1 制成散剂装入胶囊，用酸枣仁膏一汤匙冲服交泰丸 3g，早晚各 1 次，共近 2 个月，经过随访，夜寐已酣。

G. 大黄䗪虫汤证（第 18 条）病机：虚劳瘀血。证候：久病正虚而兼瘀结或癥积（"五劳虚极羸瘦，腹满不能饮食"，"内有干血，肌肤甲错，两目黯黑"）。组方：蒸大黄 30g，黄芩 6g，甘草 9g，桃仁 30g，杏仁 30g，芍药 12g，生地 30g，干漆 3g，虻虫 30g，水蛭百枚，蛴螬 30g，䗪虫 15g，蜜丸酒送。应用：久病正虚，脘胀纳呆，如内有瘀血，则癥积内生，肌肤甲错或面黑目花。此时应祛邪以安正，可投成药大黄䗪虫丸以祛邪为主，略佐扶正，峻剂丸服，所谓"缓中补虚"。此方用于闭经、肿瘤、术后肠黏连、肝硬化等证确实有效。

病例：王右，年方 22，闭经两年，时有鼻衄，常感少腹坠而隐痛，形瘦纳少，经妇科肛检未见异常，苔薄黄，质紫暗，脉细软。虚劳干血，中焦失健，治宜缓中补虚，以党参 10g，炒白术 10g，云苓 15g，陈皮 15g，焦三仙 30g，鸡内金 30g，煎汤送服大黄䗪虫丸，每次 2 丸，每天 2 次，共服 11 天，经行有块，腹痛加重，3 天即净，改为晚服 1 次，服 28 天，经行块少疼轻。日后经净每晚服 1 次，经期早晚各服 1 次，共调 2 个月经周期，月事以时下。

(3) 临床价值

对"血痹"和"虚劳"两个临床常见的病证进行辨证论治，并示范有效的方药。

"血痹"犹如"虚痹"，由于气血亏损，复感风邪，血行不畅，阳气痹阻而造成的局部肢体麻木或轻度的隐痛，虽然感受风邪，不可单纯的祛风活血，治当引动阳气，以甘温补气为主，佐以通阳，行气则血行，血行则风祛痹通，治重温阳通痹法，方用黄芪桂枝五物汤。

"虚劳"指五脏的气血阴阳之虚，也就是内伤虚证，治重脾胃。本篇主张补脾重于补肾，并创 7 张效方：甘温摄精，调和营卫用桂枝加龙骨牡蛎汤；温中止痛用小建中汤；温中补虚用黄芪建中汤；温肾止痛用肾气丸；扶正祛邪用薯蓣丸；养阴除烦用酸枣仁汤；虚劳干血用大黄䗪虫丸。

两个病证的辨证立法、组方遣药至今仍在沿用而且疗效不衰。

95.《金匮要略》纲要

《金匮要略》来源于东汉·张仲景所著《伤寒杂病论》，原著已散失，后经北宋的林亿

等人校订，名为《金匮要略方论》，简称《金匮要略》或《金匮》。全书25篇，第1篇为总论，第2～17篇为内科，第18篇属外科，第19篇为杂病，第20～22篇属妇科，最后3篇为食疗方和食物禁忌，常被删去。22篇中包含40个病，398条原文，205首方剂。现选读330条原文，166首方剂。《金匮》是现存最早的研究杂病专著，它以整体观念为指导，脏腑经络学说为理论，提出的脏腑辨证论治体系，对治疗内伤病有很大的启发性。

(1) 总论归要

1) **病因上为"三因学说"奠定了基础**。"千般疢难，不越三条：一者，经络受邪，入脏腑，为内所因也；二者，四肢九窍，血脉相传，壅塞不通，为外皮肤所中也；三者，房室、金刃、虫兽所伤。"

2) **病机上强调发病的关键在于正气的强弱**。"若五脏元真通畅，人即安和。""若人能养慎，不会邪风干忤经络。"

3) **诊断上主张"四诊合参"**。"浮者在后，其病在里，腰痛背强不能行，必短气而极也。"

4) **治疗上重视先治未病之脏腑，以防疾病的传变**。"见肝之病，知肝传脾，当先实脾。"还得虚实异治，新久先后。"夫病痼疾加以卒病，当先治其卒病，后乃治其痼疾也。"

5) **预防上倡导"无犯五法"**，养生防病，"更能无犯五法禽兽灾伤房室勿令竭乏，服食节其冷热苦酸辛甘，不遗形体有衰，病则先由入其腠理。"

(2)《金匮要略》30方的应用

1) 大黄牡丹汤："肠痈者，少腹肿痞，按之即痛如淋，小便自调，时时发热，自汗出，复恶寒，其脉迟紧者，脓未成，可下之。"

治疗急性阑尾炎。大黄10g，丹皮10g，桃仁10g，冬瓜仁15g，芒硝10g后下。右下腹拒痛，便秘，尿赤，发热，苔黄腻，舌质红，脉滑数。热毒盛加银花10g，公英30g；恶寒显加荆芥穗10g，薄荷10g；已成脓加生苡仁15g，败酱草30g；湿浊重加藿香10g，炒苍术10g；腹痛剧加川楝子10g，玄胡10g。

2) 薏苡附子败酱散："肠痈之为病，其身甲错，腹皮急，按之濡，如囊状，腹无积聚，身无热，脉数，此为肠内有痈脓。"

治疗慢性阑尾炎或有包块。生苡仁30g包煎，附子5g，败酱草15g。抓住右下腹疼脓，按濡肿块，苔薄黄，脉数软。可加清热解毒的银花10g，连翘15g，公英30g，红藤15g；活血化瘀的丹参30g，赤芍15g，桃仁10g，木香10g，川楝子10g。

3) 赤小豆当归散："初得之三四日，目赤如鸠眼；七八日，目四眦黑，若能食者，脓已成也。""下血，先血后便，此近血也。"

治疗白塞综合征，肠风，疮疡。赤小豆30g，当归15g。抓住目、口、二阴溃烂，便血，舌暗红，脉象数。湿热重加车前草30g，生苡仁15g，川牛膝15g；白塞征还可加生甘草10g，苦参10g，川连5g，龙胆草5g，土茯苓30g，白人参3g另煎。

4）木防己汤："膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，其脉沉紧。"

治疗痰饮结实（支饮）的老慢支、肺心病、心衰。木防己 10g，生石膏 30g，桂枝 10g，白人参 3g另煎或党参 10g。抓住咳喘，心下硬满，浮肿，苔薄白腻，脉象沉紧。痰多可加苏子 10g，橘红 10g，杏仁 10g；饮显肿重可加云苓 15g，葶苈子 10g（炒），北五加皮 5g。

5）小半夏加茯苓汤："卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者。"

治疗痰饮所致的呕吐。法半夏 10g，生姜 5g，云苓 15g。抓住呕吐，心下悸，苔薄白腻，脉滑。痰盛可加竹茹 10g 或竹沥水 30ml；心下悸可加生牡蛎 30g，北五加皮 5g，葶苈子 10g（炒）。

6）半夏厚朴汤："妇人咽中如有炙脔。"

治疗梅核气（神经官能症、慢性咽炎）。法半夏 10g、川朴 10g、云苓 15g、苏梗 10g，生姜 3g。主治梅核气，胸憋脘痞，苔薄白，脉弦细。兼虚寒加干姜 5g，吴茱萸 10g；兼食滞加焦三仙 30g，砂仁 10g；伴咽干疼加麦冬 10g，玄参 10g，玉蝴蝶 3g；脘痛显而痰湿不重加大枣 5 枚合四七汤。

7）橘皮竹茹汤："哕逆者"。

治疗急慢性胃炎，妊娠恶阻等。橘皮 10g，竹茹 10g，大枣 5 枚，生姜 10g，甘草 3g，人参 3g另煎。抓住胃虚有热，呃逆呕恶，苔薄黄，脉细数。痰多加云苓 15g，半夏 10g；胃阴虚加麦冬 10g，石斛 10g，炙杷叶 10g；呃逆太甚加旋覆花 10g包，生赭石 30g；食阻加焦三仙 30g，鸡内金 30g。

8）瓜蒌薤白半夏汤："胸痹不得卧，心痛彻背者。"

治疗心绞痛，肋间神经痛。全瓜蒌 30g，薤白 10g，法半夏 10g，白酒 50ml。抓住胸痛彻背，苔白，脉弦细。痛重加丹参 30g，赤芍 10g，郁金 10g，苏木 10g；胸憋加葛根 10g，川芎 10g，枳壳 10g；心悸加桂枝 10g，云苓 15g，炙远志 10g。

9）枳实薤白桂枝汤："胸痹心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心。"

治疗冠心病、胃炎、肝胆病属痰饮停于胸脘胁下者。枳壳 10g、川朴 10g、桂枝 10g、薤白 10g、全瓜蒌 30g。抓住胸痛彻背及脘胀，苔薄白，脉弦细。痞满重加川楝子 10g、木香 10g、砂仁 10g、丹参 30g；疼楚显加玄胡 10g、赤白芍各 10g、炙乳没各 10g。

10）桂枝茯苓丸："所以血不止者，其癥块不去故也，当下其癥。"

治疗慢性盆腔包块，痛经，不孕，肌瘤，囊肿，宫外孕，产后恶露不畅属瘀血内停者。桂枝 10g、云苓 15g、赤芍 10g、丹皮 10g、桃仁 10g。抓住瘀血癥块，行经腹痛，舌紫脉细。为增效加活血止痛药沉香粉 3g冲、丹参 30g、郁金 10g；加祛瘀生新药三七粉 3g冲、花蕊石 15g、赤石脂 30g；加软坚散结药炮山甲 15g、生牡蛎 30g、夏枯草 15g。

11）白虎加桂枝汤："温疟者，其脉如平，身无寒但热，骨节疼烦，时呕。"

治疗急性关节炎，红肿热痛，汗出畏风的热痹。生石膏 30g、知母 10g、生苡仁 15g、桂枝 5g、炙甘草 5g。抓住骨节热疼，苔黄质红，脉数。关节红肿重加忍冬藤 30g、茵陈 15g后下、地龙 10g；注意加引经药。

12）甘姜苓术汤（肾着汤）："肾著之病，其人身体重，腰中冷，如坐水中，形如水状，

反不渴，小便自利，饮食如故，病属下焦，身劳汗出，衣裹冷湿，久久得之，腰以下冷痛，腹重如带五千钱。”

治疗腰肌劳损，腰椎间盘脱出，慢性关节炎以及慢性胃肠炎，胃肠功能紊乱，妊娠浮肿，遗尿带下属脾虚寒湿者。炙甘草 10g、炒白术 10g、干姜 10g、云苓 15g。抓住腰以下冷痛，身重带下，苔白腻脉沉。寒重痛重加制附片 10g先煎半小时、狗脊 10g、补骨脂 10g、桂枝 10；湿重肿泄加生苡仁 15g、车前草 30g、茵陈 15g后下、炒苍术 10g。

13）麻杏苡甘汤：“病者一身尽疼，发热，日晡所剧者，名风湿。”

治疗汗出感受风湿的一身尽痛证。麻黄 5g、杏仁 10g、苡仁 15g、炙甘草 5g。抓住身重发热，苔白腻，脉浮软。可加通络的桑枝 30g、秦艽 10g、丝瓜络 10g、地龙 10g；可加祛湿的茵陈 15g后下、炒白术 10g、陈皮 15g。

14）防己黄芪汤：“风湿脉浮身重，汗出恶风者。”

治疗肾炎，心性水肿属风水或湿痹身重麻木。防己 10g、生芪 15g、白术 10g、炙甘草 5g、生姜 3g、大枣 5 枚。抓住身重麻木浮肿，苔白腻，脉细滑。麻木重加桂枝 10g、鸡血藤 15g、牛膝 10g；风水显加菖蒲 10g、桔梗 5g、蝉衣 5g；肿显加车前草 30g、云苓 15g、赤小豆 30g打；腰疼加桑寄生 10g、川断 15g、狗脊 15g。

15）黄芪桂枝五物汤：“血痹，阴阳俱微，寸口关上微，尺中小紧，外证身体不仁，如风痹状。”

治疗虚痹，久痹，麻木及雷诺症。生芪 15g、赤芍 10g、桂枝 10g、丹参 30g、当归 10g。抓住气血虚而麻痛，苔薄白舌质淡，脉细弦。虚显加桑寄生 10g、党参 10g、生杜仲 10g、川断 15g、补骨脂 10g；麻甚加鸡血藤 15g、葛根 10g、川牛膝 15g、三七粉 3g冲。

16）茵陈五苓散：“黄疸病”

治疗传染性肝炎，肝硬化，黄疸，小便不利，湿重于热者。茵陈 15g后下、白术 10g、云苓 15g、猪苓 10g、桂枝 5g、泽泻 15g。抓住湿重，小便不利，苔腻脉滑。退黄还加黄柏 10g、生苡仁 15g、郁金 10g、栀子 10g；利尿还加车前草 30g、桑白皮 10g、竹叶 5g、大腹皮 10g、白花蛇舌草 30g。

17）附子粳米汤：“腹中寒气，雷鸣切痛，胸胁逆满，呕吐。”

治疗急性胃肠炎属虚寒证。制附片 10g先煎半小时、半夏 10g、生苡仁 10g、大枣 5 枚、炙甘草 5g。抓住虚寒性腹痛呕吐，苔白质淡，脉沉细小弦。呕吐明显加云苓 10g、生姜 5g；肠鸣腹痛加干姜 10g、木香 10g。

18）温经汤：“妇人少腹寒，久不受胎；兼取崩中去血或月水来过多及至期不来。”

治疗冲任虚寒，瘀血内阻的月经不调，不育症。吴茱萸 5g、桂枝 10g、当归 10g、赤芍 10g、川芎 5g、阿胶 15g烊化、麦冬 10g、丹皮 10g、党参 10g、法半夏 10g、炙甘草 5g、生姜 3g。抓住下腹寒痛，经逾量多，苔白质紫，脉细涩。腹冷痛重加炮姜 10g、炒橘核 15g、木香 10g、肉桂 5g、鸡血藤 15g；瘀血明显加丹参 30g、红花 5g、三七粉 3g冲；不育加蛇床子 10g、金樱子 10g、菟丝子 10g。

19）黄土汤：“下血，先便后血，此远血也。”

治疗溃疡病出血，宫血，溃疡性结肠炎。温脾止血。灶心土 30g、制附片 10g先煎半小时、炒白术 10g、生地 10g、阿胶 10g烊化、黄芩 10g、炙甘草 5g。抓住血色暗淡，四肢不温，苔白质淡，脉沉细无力。血多寒重加炮姜炭 10g、黄芩炭 10g、侧柏叶 10g、槐角 10g、生地榆 10g；中气下陷加生芪 15g、升麻 5g、柴胡 5g。

20）肾气丸：①“虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利者。”②“短气者，微饮，当从小便去之。”③“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗。”④“此名转不得溺也(脐下急痛，小便不通，倚息难卧)，以胞系了戾，故致此病，但利小便则愈。”⑤“脚气上入，少腹不仁。”

治疗慢性肾炎，肺气肿，糖尿病，神经官能症属肾阳不振者。制附片 10g先煎半小时、桂枝 10g、生地 10g、山药 10g、山萸肉 10g、泽泻 10g、云苓 15g、丹皮 10g。抓住畏寒腰痛，苔白质淡，脉沉细尺弱。尿少水肿加川牛膝 15g、车前草 30g名济生肾气汤；脾虚明显加党参 10g、生芪 15g；阳虚较重加杞果 10g、生杜仲 10g、菟丝子 10g、鹿角胶 15g烊化。

21）当归生姜羊肉汤：①“寒疝腹中痛，及胁痛里急者。”②“产后腹中疼痛。”

用于虚寒证，特别是腹痛时。当归 15g、生姜 15g、羊肉 500g。抓住胁腹凉痛，苔白质淡，脉弦细。寒重加附子 30g；呕恶加白术 10g、陈皮 10g；痛显加白芍 15g。

22）甘麦大枣汤：“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸。”

治疗神经官能症，癔病，属心脾不足证。炙甘草 10g、浮小麦 30g、大枣 10 枚。抓住精神恍惚，悲伤时久，失眠，心悸，纳差，苔薄白舌质淡，脉沉细数。可加镇静的菖蒲 10g、郁金 10g、生龙牡各 30g、可加安眠的炒枣仁 10g、夜交藤 30g、云苓 15g；心悸重加当归 10g、白芍 10g、柏子仁 10g；烦躁显加生栀子 10g、川芎 10g、知母 10g。

23）酸枣仁汤：“虚劳虚烦不得眠。”

治疗神经官能症。炒枣仁 10g、知母 10g、云苓 15g、川芎 10g、生甘草 5g。抓住心烦失眠，多梦易醒易怒，苔薄黄舌质红，脉弦细数。烦重可合甘麦大枣汤；失眠重可加夜交藤 30g、菖蒲 10g、郁金 10g、生牡蛎 30g，交泰丸；肝火旺加当归 10g、白芍 10g、首乌 10g、合欢皮 10g、柏子仁 10g。

24）百合地黄汤：“百合病不经吐、下、发汗，病形如初者。”

治疗神经官能症，精神分裂症，属心肺阴虚内热证。百合 30g、生地 15g。抓住神志恍惚，默默不言，五心烦热，苔净质红，脉象细数。阴虚火旺明显加知母 10g。虚烦不得眠加鸡子黄 1 个、栀子 10g、炒枣仁 10g。

25）麦门冬汤：“火逆上气，咽喉不利。”

治疗阴虚燥咳，胃阴不足，气火上逆的溃疡病，呕吐证，冲气上逆的倒经证。麦冬 15g、清半夏 10g、人参 3g另煎兑服、生甘草 5g、花粉 10g、大枣 5 枚。抓住咽燥干咳，口渴呕吐，舌尖红，脉细数。咳重加川贝 10g、紫菀 10g、炙杷叶 10g；呕吐重加竹茹 10g、生赭石 30g。

26）甘草干姜汤：“肺痿吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以然者，以上虚不能制下故也。”

治疗虚寒咳痰，脘痛腹泻，胸背彻痛，眩晕，痛经，尿频。炙甘草 10g、干姜 10g。抓

住频吐涎沫,尿频,畏寒,苔白质淡,脉象细迟。寒重加细辛 3g、肉桂 3g;疼重加白芍 10g、木香 10g。

27) 桔梗汤:"咳而胸满,振寒脉数,咽干不渴,时出浊唾腥臭,久久吐脓如米粥者,是为肺痈。"

治疗肺脓肿,肺部感染,肺癌,支气管扩张以及咽喉炎,扁桃体炎属热毒壅脓者。桔梗 10g、生甘草 10g。抓住咽痛,吐脓痰,苔黄腻,脉滑数。脓多加鱼腥草 30g、败酱草 15g、生苡仁 15g;痰多加清半夏 10g、云苓 15g、陈皮 10g、生牡蛎 30g;热重加连翘 10g、双花 10g;瘀热合苇茎汤。

28) 葶苈大枣泻肺汤:"肺痈,喘不得卧。""肺痈胸满胀,一身面目浮肿,鼻塞流涕出,不闻香臭酸辛,咳逆上气,喘鸣涎塞。""支饮不得息。"

治疗肺痈,支饮,心衰,胸水。葶苈子 10g炒、大枣 10 枚。抓住咳喘不得卧,胸水胁胀,痰多浮肿,苔薄黄,脉弦滑。痰多加苏子 10g、莱菔子 10g、鱼腥草 30g;咳喘加川贝 10g、紫菀 10g、全瓜蒌 30g、炙杷叶 10g;浮肿胸水加北五加皮 5g、泽泻 10g、桑白皮 10g、竹叶 10g。

29) 大黄䗪虫丸:"五劳极虚羸瘦,腹满不能饮食……内有干血,肌肤甲错,两目黯黑。"

治疗正虚而有瘀血的肝脾肿大,肝硬化,闭经,开腹后肠黏连。本方攻补兼施,缓中补虚,峻剂丸服共 12 味药组成。抓住正虚形瘦,脘胀纳差,瘀块作痛,肌肤甲错,面黑舌紫斑,脉象软涩。

30) 鳖甲煎丸:"此结为癥瘕,名曰疟母,急治之。"

治疗肝脾肿大。本方 23 味药组成。为攻补兼施,寒热并用,消癥化积,常与疏肝理气,健脾补气,养血和血方合用。

(3) 常见 15 个病证的辨证论治

1) 痉病:"身热足寒,颈项强急,恶寒,时头热,面赤目赤,独头动摇,卒口噤,背反张。"痉病分三类:①"刚痉","发热无汗,反恶寒",葛根汤主之(桂枝汤加麻黄、葛根);②"柔痉","发热汗出而不恶寒",栝蒌桂枝汤主之(桂枝汤加瓜蒌);③"里痉","胸满口噤,卧不着席脚挛急,必龂齿",大承气汤主之。

痉之表里之分:一是表轻里重。二是表者有身热,里者有胸满龂齿。三是表痉苔薄白,脉象浮;里痉苔黄燥腻,脉滑实。表痉的刚柔之分,实是表实表虚之别,一辨恶不恶寒,二辨无汗有汗。痉病之治均须护津。表痉不可过汗,里痉急下存阴,内伤痉病则更应养血润燥,生津增液。痉病相当于筋急证,治当解表和营,表实刚痉用桂枝汤加葛根,表虚柔痉用桂枝汤加瓜蒌,小汗护津养血为治。

2) 湿病:①"湿家之为病,一身尽痛,发热,身色如熏黄也。"②"关节疼痛而烦,脉沉而细者,此名湿痹。"③"治风湿者,发其汗,但微微似欲出汗者,风湿俱去也。"

湿病之病机在于外湿夹风寒,侵犯肌肉关节,阻遏阳气,痹闭不通。其主证为发热,

身重，骨节烦痛，苔薄腻，脉沉细。其治宜微汗而忌大汗，并应兼顾阳气。也可利尿以通阳。具体治法：表实无汗，偏寒湿用麻黄加术汤；偏风湿用麻杏苡甘汤；表虚有汗用防己黄芪汤；表阳虚衰，偏祛风用桂枝附子汤，偏祛湿用白术附子汤；表里阳气皆虚，风湿俱胜，用甘草附子汤。湿病相当于关节炎、麻木证。

3）百合病："意欲食复不能食，常默默，欲卧不能卧，欲行不能行，饮食或有美时，或有不用闻食臭时，如寒无寒，如热无热，口苦，小便赤……如有神灵者，身形如和，其脉微数。"

百合病的病机在于热病后或情志不遂所致，属心肺阴虚内热。其主证为神志恍惚以及语言、行动、饮食、感觉上的失调，口苦尿赤，苔净质红，脉象细数。其治宜育阴清热，用百合地黄汤，阴虚加鸡子黄、瓜蒌，热盛加知母、牡蛎、滑石。百合病相当于神经官能症、精神分裂症属阴虚内热证类。

4）历节："寸口脉沉而弱，沉即主骨，弱即主筋，沉即为肾，弱即为肝。汗出入水中，如水伤心，历节黄汗出，故曰历节。"

历节的病机在于肝肾气血不足，风寒湿热乘虚而入，伤及血脉，浸淫筋骨，流入关节，影响血气运行。其主证为周身关节疼痛，痛处肿大。其治偏风湿应祛风除湿、温经滋阴，用桂枝芍药知母汤；偏寒湿应温经散寒、除湿止痛，用乌头汤。历节相当于类风湿、风湿性关节炎的急性期。

5）血痹："血痹阴阳俱微，寸口关上微，尺中小紧，外证身体不仁，如风痹状。"

血痹的病机在于气血不足，复感风寒，阳气痹阻，血行不畅。其主症局部肢体麻木并伴轻度酸痛。其治通阳行痹，用黄芪桂枝五物汤。血痹相当于久痹、虚痹。

6）虚劳：虚劳的病机在于五脏气血、阴阳之虚，治重脾肾。肝阴不足，心血亏损而心烦失眠，用酸枣仁汤；脾胃虚寒而里急，汗出，身重，苔白质淡，脉细，用黄芪建中汤；肾阳不足而畏寒，腰痛，苔白质淡胖，脉沉细，用肾气丸；扶正以祛邪用薯蓣丸。虚劳相当于各类虚证。

7）肺痈："寸口脉微而数，微则为风，数则为热，微则汗出，数则恶寒。风中于卫，呼气不入；热过于营，吸而不出。风伤皮毛，热伤血脉。风舍于肺，其人则咳，口干喘满，咽燥不渴，多唾浊沫，时时振寒，热之所过，为之凝滞，蓄结痈脓，吐如米粥。"

肺痈的病机在于感受风热病毒，袭肺酿脓。其主证分三期：表证期（"风伤皮毛"），恶寒发热，有汗咳嗽，咽燥且痒，苔薄黄，脉浮数；酿脓期（"风舍于肺"），咳嗽口干，喘满胸疼，咽燥不渴，咳吐臭痰，时时振寒，苔黄腻，脉滑数；溃脓期（"蓄结痈脓"），咳吐脓血，胸疼，苔黄腻，舌质紫，脉滑数。其治初期辛凉解表，用银翘散；酿脓期清热泻肺，用葶苈大枣泻肺汤；溃脓后排脓，偏解表用桔梗汤，转虚加补药，化痰清肺的苇茎汤，酿溃时均可用。肺痈相当于肺脓肿。

8）胸痹："夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹心痛者，以其阴弦故也。"

胸痹的病机在于阳微阴弦，心阳不振，脾阳不运，以致寒凝血瘀，痰浊内生而胸阳痹

阻。其主证为“胸背痛，喘息，咳唾，短气”，“胸痛彻背，背痛彻心”。其治有五法：宣痹通阳，主方为瓜蒌薤白白酒汤；如痰饮明显不得卧，胸痛彻背，可用降逆除痰法，瓜蒌薤白半夏汤；如胸胃合证，心下痞急，胁下逆抢心者，用通痹理气法，枳实薤白桂枝汤；健运中阳用理中汤，偏水饮合茯苓杏仁甘草汤；散寒祛湿用薏苡附子散，偏气滞合橘枳姜汤。胸痹相当于冠心病。

9）腹满：①“阳脉微弦，法当腹满，不满者必便难，两脚疼痛，此虚寒从下上也，当与温药服之。”②“病者腹满，按之不痛为虚，痛者为实，可下之。”

腹满的病机，虚寒者与脾肾有关，系脾肾虚寒，气滞不运；实热者与肠胃有关，系胃有实热，燥屎结肠。其主症，虚寒者腹满阵发，按之不痛，苔白舌淡，脉细弦，宜用温补法，附子粳米汤、大建中汤；实热者，腹满持续，按之疼痛，苔黄舌红，脉弦滑，宜用攻下法，厚朴七物汤、大柴胡汤、承气汤类。腹满相当于消化不良证。

10）痰饮：“其人素盛今瘦，水支肠间，沥沥有声，谓之痰饮。饮后水流胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮。咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。”

痰饮的病机在于脾阳不运，肺失通调，肾不主水，停于肠胃为痰饮，停于胁下为悬饮，停于体表为溢饮，恋于胸膈为支饮。其治温化为本，“病痰饮者，当以温药和之。”苓桂术甘汤、肾气丸；犯上者降逆，用小半夏加茯苓汤、葶苈大枣泻肺汤；兼表用大小青龙汤发汗；停于中下焦者，用五苓散、泽泻汤利尿，十枣汤、甘遂半夏汤逐水，厚朴大黄汤、已椒苈黄丸通便去实；虚实错杂用木防己汤。痰饮相当于消化系、呼吸系、神经系病证。

11）消渴：“趺阳脉浮而数，浮即为气，数即消谷而大坚，气盛则溲数，溲数即坚，坚数相搏，即为消渴。”

消渴的病机在于胃热、肺胃津伤和肾亏。其治白虎加人参汤、肾气丸。消渴相当于糖尿病。

12）水气：“风水其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风；皮水其脉亦浮，外证跗肿，按之没指，不恶风，其腹如鼓，不渴，当发其汗；正水其脉沉迟，外证自喘；石水其脉自沉，外证腹满不喘；黄汗其脉沉迟，身发热，胸满，四肢头面肿，久不愈，必致痈脓。”

水气的病机在于阳气衰微，水停不化，关系到肺脾肾三焦和膀胱。其治则，“腰以下肿，当利小便”；“腰以上肿，当发汗”；“可下之”。具体治法，风水者，表虚用防己黄芪汤；郁热用越婢汤；脉浮用杏子汤；脉沉用麻黄附子汤；皮水用防己茯苓汤、蒲灰散；里水、郁热用越婢加术汤，肺气不宣用甘草麻黄汤，湿重用桂枝加黄芪汤，营郁血热用芪芍桂花酒；心下痞坚属阳虚阴凝，用桂枝去芍加麻辛附子汤，属脾虚气滞用枳术汤。水气属心性、肾性、肝性水肿。

13）黄疸：①“风寒相搏，食谷即眩，谷气不消，胃中苦浊，浊气下流，小便不通，阴被其塞，热流膀胱，身体尽黄，名曰黄疸。”②“额上黑，微汗出，手足中热，薄暮即发，膀胱急，小便自利，名曰女劳疸。”③“心中懊恼而热，不能食，时欲吐，名曰酒疸。”

黄疸湿胜用茵陈五苓散，热盛用大黄硝石汤、栀子大黄汤，湿热俱盛用茵陈蒿汤。

黄疸相当于肝炎。

14) 呕吐:呕吐病机在于胃失和降、气逆于上。治当和胃降逆,小半夏汤为主方。脾胃虚寒用大半夏汤,胃寒肝逆用吴茱萸汤,脾肾阳虚用四逆汤,胃肠实热用大黄甘草汤,少阳热迫用小柴胡汤、黄芩加半夏生姜汤。

15) 下利:虚寒者用四逆汤、通脉四逆散,气虚者用诃梨勒散,滑脱者用桃花汤,热结旁流用承气汤,热利用白头翁汤,余热未清用栀子豉汤。

96. 138 条中医之最

(1) 第一部最完整的**医学专著为《黄帝内经》**,称之为中医的四大经典之一,它奠定了中医学的理论基础。其书关于人体血脉、骨骼的长度、内脏器官的大小、容量等描述基本符合实际。比如食道与肠道长度的比例为 1:35,与现代解剖的 1:37 相近。

(2) 第一部**临床医学专著**是东汉张仲景所著的**《伤寒杂病论》**,创建了中医临床辨证论治体系。书中乌梅汤治蛔厥是世界上治疗胆道蛔虫症最早的效方。

(3) 隋代杨上善撰注的**《黄帝内经太素》**是**最早注解《内经》的医籍**,并第一个将《素问》和《灵枢》分开。

(4) 明代马莳撰的**《黄帝内经灵枢注证发微》**是**最早的《灵枢》全注本**。

(5) 第一部**全面注释《伤寒论》**的是金代成无己撰的**《注解伤寒论》**。

(6) 第一部论述**病因和证候学专书**是隋代巢元方等著的**《诸病源候论》**,共 50 卷,阐述 67 类病的病因与证候,不介绍方药,以候类述,计 1739 则。

(7) 第一部**诊断学专著**是 1723 年林之翰撰的**《四诊抉微》**,共 8 卷。

(8) 第一部**脉学专著**是西晋王叔和著的**《脉经》**,共 10 卷,97 篇,集汉以前脉学大全,主要是 24 种脉象的阐述和寸关尺三部的定位诊断。

(9) 第一部**舌学专著**是元代杜清碧著的**《敖氏伤寒金镜录》**,共 36 舌,每舌附图祯。

(10) 第一部**温病学专著**是明代吴又可著的**《温疫论》**,在世界传染病史上首次提出"疠气"之说。

(11) 最早有书名记载的**外科专书**是《汉书·艺文志》中的**《金创瘛瘲方》**。

(12) 第一部**外科治疗手册**为汉代的**《五十二病方》**,其中记有瘘管的割治法、结扎切除法、牵引切除法、敷布法、热熨法、熏治法及肛门探查术,是世界上最早用雄黄、水银等汞制剂治疗疥疮(国外是 12 世纪的罗吉尔),世界上最早用手术法治疗骨伤科病,还最早描述麻风病的鉴别、狂犬病的认识,最早用杵臼粉碎药物以及用醇酒清洗伤口止痛等。

(13) 第一部**外科专著**是南齐龚庆宣整理的**《刘涓子鬼遗方》**,共 10 卷,总结晋以前外科经验和成就,特别对痈疽的诊治切合临床。

(14) 第一部**梅毒学专著**是明代陶司成著的**《霉疮秘录》**。

(15) 第一部**骨伤科专著**是唐代蔺道人撰的**《仙授理伤续断秘方》**,1 卷共 2 论,论及

正骨手法，损伤及方药，多具高效。

(16) 最早有**专篇论述妇科病**的医著是汉代张仲景的《**金匮要略方论**》，共3篇：妇人妊娠、妇人产后、妇人杂病。

(17) 第一部**产科专书**是唐代昝殷撰的《**经效宝产**》，3卷，上卷论养胎、保胎，中下卷论产后病治方共25篇。

(18) 第一部**儿科专书**是东汉卫汛撰的《**颅囟经**》，论述小儿脉法、病证及论治。

(19) 第一部**药物学专著**是秦汉时的《**神农本草经**》，收药365味。

(20) 第一部**制药学专著**是宋代雷敩撰的《**雷公炮炙法**》，3卷，记载300种药物炮炙加工法。

(21) 第一部**国家颁布的药典**是唐代苏敬等撰的《**新修本草**》，收药850味，共54卷，比著名的"纽伦堡药典"早9个世纪。

(22) 第一部**制剂规范专书**是宋代和剂局编著的《**太平惠民和剂局方**》，收方788首，是第一个中成药的处方配本。

(23) 第一部**方剂专著**是晋代葛洪著的《**肘后备急方**》，收101方，特别收录简便廉验方。

(24) 第一部**大型区域性植物志**是清代吴其浚撰的《**植物名实图考**》，共收1714种，38卷。

(25) 第一部**针灸专著**是晋代皇甫谧撰的《**针灸甲乙经**》，12卷，128篇，辑集了晋代以前丰富的针灸文献。

(26) 第一部**经络学著作**是汉代马王堆出土的《**足臂十一脉灸法**》。

(27) 第一部**喉科专著**是明代薛己撰的《**口齿类要**》，1卷，简要记述口、舌、齿、唇、喉的辨证治疗。

(28) 第一部**法医专著**是宋代宋慈撰的《**洗冤集录**》，介绍法医检验、鉴别中毒、急救措施等。

(29) 第一部**外治法专著**是清代吴师机著的《**理瀹骈文**》，所记外治法简便廉验，有实用价值。

(30) 第一部**营养学专著**是元代忽思慧撰的《**饮膳正要**》，收入食物200种，3卷，介绍元代贵族食谱，论述饮食宜忌和食疗。

(31) 第一部**食疗专著**是唐代孟诜撰的《**食疗本草**》，佚文见于《证类本草》和《医心方》中。

(32) 第一部**兽医专著**是《**司牧安骥集**》。

(33) 西汉淳于意的《**诊籍**》是**最早的病案**。

(34) 第一份完整的**病历格式**见于清代喻昌撰的《**寓意草**》的"议病式"。

(35) 第一部**医案**是明代汪瓘编《**名医类案**》，12卷，列205门，集录明以前名医验案。

(36) 第一部**医话**是元代朱震亨撰《**格致余论**》，收医话41篇。

(37) 第一部**医学丛书**是明代王肯堂撰**《证治准绳》**,44卷,先综述历代医家治验,再阐述己见,分杂病、伤寒、疡医、妇科、幼科诸论。

(38) 第一部**医学史**是近代陈邦贤著的**《中国医学史》**。

(39) 第一部**中西医沟通医书**是清代唐宗海撰**《中西汇通医经精义》**,联系西医新说注释《内经》、《难经》。

(40) 最早**用图像表示脉跳**的记载见于宋代施发撰的**《察病指南》**,要早西医6个世纪。

(41) 东汉**张仲景最早提出"舌胎"名称**,清代叶天士将"胎"改做"苔"。

(42) 战国时代的**扁鹊**是医、巫分离后最早**总结四诊并用于临床的第一人**,也是脉学最早的倡导者。

(43) 最早**记载人体血管解剖的是一世纪五莽派医生与巧屠一起解剖公孙庆**,量度其五脏并以竹筵导其脉管。

(44) **《南史·顾觊传》**中有我国**最早的人体病理解剖记载**,西方直到1302年方有尸体解剖记载。

(45) 世界上最早的**医学教学模型**是宋代王惟一设计铸造的工具**针灸铜人**。

(46) 世界上**最早施行的人工呼吸法见于《金匮要略》**。

(47) 世界上**最早的放腹水法记载于《灵枢·四时气篇》**。

(48) 唐代**蔺道人最早描述髋关节脱臼**,并**首次创用杠杆原理整复**。

(49) 清代胡廷光编著**《伤科汇纂》首次发明肱骨、髁骨骨折使用夹板固定法**。

(50) **骨伤科的清创术早于西医**。西医10世纪方用酒精处理伤口,16世纪方用药物煎水冲洗伤口,1898年方提出早期伤口实施手术。

(51) **割治肿瘤**最早见于**《晋书》**。

(52) **《江氏伤科方书》**最早记载**麻醉后施行切开复位术和植骨术**。

(53) **桡骨远端伸直型骨折**,中医在1406年已能描述其移位特点并用合理的**整复和外固定方法**。西医直至1814年方有记载。

(54) 宋代王衮撰**《博济方》**对肱骨外科颈骨折,主张**用手巾系于胸前悬挂**,此法较西医早400多年。

(55) 元代**危亦林**最早提出脊椎骨折的诊治方法,并**首次用悬吊复位法**,同时提出肘关节脱位整复时采用乌头、曼佗罗作麻醉剂。

(56) 最早的**包扎术**见于晋代葛洪撰的**《肘后方》**。

(57) 世界上最早的**全身麻醉术**见于元代危亦林著的**《世医得效方》**。

(58) **华佗**在112～207年施行开腹术时,**最早使用麻醉药物**,比西医早1600多年。

(59) 南宋的**《小儿卫生总微论方》**是**记载唇裂修补术最早**的医学文献。到明代王肯堂是具体论述其手术方法和步骤的最早医家。

(60) **《古今医统大全》**引《永类钤方》是**肛瘘挂线法**最早实现高位复杂性肛瘘术后无肛门失禁后遗症。

(61) 五世纪的《**深师方**》记载鹿靥治瘿病方，**是靥剂治瘿的起源**，更是世界上甲状腺脏器疗法的开端。

(62) **巢元方最早提出甲状腺瘤的治疗方法**。

(63) 《**千金要方**》、《**千金翼方**》最早用鲤鱼汤、刺猬皮治疗痔漏的**脏器疗法**。

(64) 《**肘后备急方**》记载"疗猘犬咬人方"是**免疫疗法**的世界最早记录。**"免疫"名词最早见于明代的《免疫类方》**。

(65) **"痔"和"瘘"**的肛肠科病名首见于《**山海经**》，后为世界医学所接受。

(66) **"骨折脱位"**最早的病名叫"折疡"，始见于《**周礼·天官**》。

(67) 包含肿瘤含义的**"肿疡"**病名始见于《**周礼**》。

(68) **"惊风"**病名首见于《**太平圣惠方**》。

(69) **妇产科疾病**的最早记载于公元前十二、十三世纪的**甲骨文**中，并有妇人生育的最早描述。

(70) 马王堆汉墓中有《**胎产书**》是最早的**妊娠养生书**。

(71) 《**诗经**》中最早记载**妇科常用药**。如"中谷有蓷(益母草)，暵其乾也。""东门之墠，虑茹(茜草)在阪。"

(72) 《**山海经·西山经**》最早载有**绝育药**，"其叶如穗，其本如桔梗，里华而不实，名曰芳蓉，食之使人无子。"

(73) 《**诸病源候论**》最早提出**"人工流产"**和它的适应证及其手术方法，并最早记载难产(横产、逆产)。

(74) 《**脉经**》最早记载**"崩证"**，分为白、赤、黄、青、黑诸崩。

(75) 《**脉经**》最早记载**"子宫癌"**和**"乳痈"**病证及其预后。

(76) 《**褚氏遗书**》设"求嗣"一门，论述精血化物之理，并最早**提倡晚婚晚育**。

(77) 《**逐月养胎法**》最早记载**养胎法**和**妊娠卫生**。

(78) 元代**朱震亨**最早提出使用**安胎药**，如黄芩、白术。

(79) 最早的**胎教**萌芽于汉代的《**史记**》，至宋代陈自明著有胎教专论。

(80) 《**史记·楚世家**》最早详细记有**剖宫产术**。

(81) 宋代唐慎微撰《**证类本草**》在世界上最早提出应用**缩宫素**。

(82) 《**饲鹤亭集方**》中最早用**催产方药**——兔脑丸。

(83) 北宋沈括、苏轼撰《**苏沈良方**》最早从**人尿中提取并应用性激素**。

(84) 宋代的《**元丰备对**》记有最早设立的**产科**。

(85) **藏医学最早认识人体胚胎学**，而西欧的认识要晚3个世纪。

(86) 《**小儿卫生总微论方**》最早提出对**脐带**的科学处理，以便防止新生儿的破伤风。

(87) 《**千金方**》对新生儿窒息，首创**刺激疗法和口对口人工呼吸**。

(88) 世界上最早记录**天花病**的著作是晋代的《**肘后备急方**》，称之为"虏疮"。

(89) **天花预防接种法为我国发明，称为引痘法**。始于北宋(10世纪)，到17世纪传

入俄国、日本、阿拉伯。1796年英国才应用牛痘接种法。

(90) 最早的**种痘专著为《种痘新书》**,其种痘法遵循《活幼心书》。

(91) 唐代王焘撰**《外台秘要》**最早记有**以尿味确诊并治疗糖尿病**,这比阿拉伯医生阿维森纳著的《医典》中的记载要早300多年。

(92) **职业病**的最早记载见于北宋孔平仲所著**《谈苑》**。

(93) 最早的**死亡诊断法**见于孔子所著**《仪礼·既夕礼》**。

(94) **肛肠病合并阴道、尿道病**最早记载于晋代皇甫谧所著**《针灸甲乙经》**。

(95) 秦简中的**"封诊式"**是世界上最早的**法医检验鉴定的标准格式**。

(96) 最早的**法医检验始于战国时代**。

(97) 晋代的**葛洪是炼丹术的发明者**,也是化学制剂、免疫学、流行病学、寄生虫学的先驱。

(98) 隋代**巢元方**最先发现**疥虫**,提出寄生虫辨认法,最早认识炭疽、漆疮,并是**首位实施肠道吻合术的医者**。

(99) 马王堆出土的**先秦医著**中早有**"三联律"**的记载,西方直至1838年才有。

(100) 宋代王怀隐等编的**《太平圣惠方》**最早以砒霜溶于黄蜡中,捻成条作**枯痔钉疗法**。

(101) **《神农本草经》**在世界上最早记载**黄连治痢、常山截疟、麻黄止喘、海藻消瘿、水银除疥**。

(102) 宋代寇宗奭撰的**《本草衍义》**云:"自然铜饲折翅胡雁,后遂飞去,今人用治跌打扑损",是世界上最早用药物进行**动物实验的药理学实例**。

(103) **李时珍**以生猪血观察苎麻叶的**化瘀**作用,而现代药理要晚400多年。

(104) **《金匮要略》**、**《外台秘要》**均有以雄黄末塞孔,再以烙铁烧烙以治疗**蚀齿**的记录,较美国早1500年。

(105) 唐代**《新修本草》**用汞合金充填牙齿,《本草纲目》称为**"银膏"**,较英美早1300年。

(106) 宋代**《玫瑰集》**等记有专门的**假牙修复**医生。

(107) 辽代驸马卫国王墓陪葬物中就有**植毛牙刷**,要早西方700多年。

(108) **《灵枢·刺节真邪》**记有**"咽鼓管自行吹张法"**,较西方要早2000多年。

(109) 世界上**第一部药物学巨著**是明代李时珍所著**《本草纲目》**,收药1892味。

(110) 最早的**药物大普查在1058年**,由唐政府诏令普查并收集药物标本,编绘成最早的**板印墨线药物图谱**。

(111) 最早**板印本草文献为《开宝新评定本草》、《开宝重定本草》**。

(112) **《本草经集注》**是最早**按自然属性对药物作分类**。欧洲到18世纪才应用。

(113) 最早的**药物种植**见于**《墨子·杂守》**。

(114) 最早的**商品药物在战国时代**。

(115) 现存最大型的**医方书为《普济方》**,总结明代以前医籍中的医方计61 739首。

(116) 现存最早的**石刻药方**为**洛阳龙门**药方洞中的药方。

(117) 陶弘景在**《诸病通用药》**中首创**按药物治疗作用进行分类**。

(118) 华佗的**《五禽戏》**是世界上最早的一套医生编写的**医疗体操法**。

(119) 马王堆汉墓出土的**帛画导引图**是世界上最早的**医疗体操图**。

(120) 最早的行气专著为**《行气玉佩》**,是世界上最早的**体疗专著**。

(121) **藏医学**的系列医药彩色挂图是世界上最早的**成套教学挂图**。

(122) 最早的**中药学校**是唐代官方在京师设置的**"药园"**,含有栽培、炮炙专业,为太医署所属。

(123) 1885 年创办的**瑞安利济学堂是第一所中医学校**,附设实习医院,名利济医院,并创办学报,名利济学堂报。

(124) 隋唐建立的**太医署**是世界上最早的大型**医学专科学校**。

(125) 最早的**国家管理制药机构**是宋代的**"太平惠民和剂局"**。

(126) 世界上最早的**药局**是宋代的**"太医局卖药所"**,1103 年改名"太平惠民局",1114 年又更名为"医药惠局"。

(127) 世界上**最早的医学分科始于周代**,而阿拉伯医学的分科直至中世纪才开始。

(128) 最早的**医院建于宋代以前**,而西方到 13 世纪后才开办医院。

(129) 秦简中的**"疠迁所"**是世界上最早的**麻风病隔离医院**。

(130) 宋代的**"校正医书局"**是世界上最早的**国家卫生出版社**。

(131) 最早的**医学协会**是明代徐春甫创办的**"体堂宅仁医会"**。

(132) 最早的**医学史研究学术团体**是 1935 年在广州成立的**中华医学会医史委员会**。

(133) 最早的**医史人物小传专著为《医史》**。

(134) **《吴医汇讲》是最早的中医杂志**。

(135) 华佗首创"夹脊穴",共 48 个,称之**"华佗夹脊"**。

(136) 清代医师张志聪最早领导**集体创著中医书籍**。

(137) 最早记载**女医生**的是公元前 128 年的**《义姁》**。

(138) 唐代孙思邈撰**《千金要方》是第一部理法方药俱全的医学分类书**,创立内、外、妇、儿、五官、针灸、营养等医学分类的雏形。首次提出用猪肝治夜盲,用甲状腺治瘿瘤,用昆布治甲状腺肿,用麸皮、米糠治脚气,用葱管导尿。书载硫磺伏火法是最早的火药配方。还首创下颌臼脱的整复术。

97."心者,君主之官"的现代观

"心者,君主之官也,神明出焉。"语出《素问·灵兰秘典论》。《灵枢·邪客》又曰:"心者,五脏六腑之大主,精神之所舍也。"说明心是五脏六腑之首,居统领地位而且藏神明、主神明。实质上《内经》所描述这个"心"的功能是现代"脑"即中枢神经系统的功能。

《内经》对脑虽然也有论述，但不如论“心”详尽，反而排斥在五脏六腑之外，列作“奇恒之府”的一府。而且常常以“心”代“脑”，以“心”统“脑”。《内经》的这种“重心轻脑”说，一直影响着后世中医的理论和临床。

从现代解剖学来看，脑或中枢神经系统包含大脑、间脑、脑干和小脑四部分。大脑分两个半球，主要是思维、记忆、语言、情感等精神意识活动。对外界的感应认识和随人的意志而转移的神明活动，即中医称之为“识神”。间脑（包括丘脑、上、下、底、后丘脑），位于大脑中间，被大脑包罩，状如泥丸，古称“泥丸宫”、“脑心”，是机体的生物钟所在地，掌握生命进程和生长衰老，调控体内的生理生化过程，对内脏既有固定程序的协调控制机制，并不随人的主观意志为转移的神明活动，故称“元神”。又有无意识的元神活动，是重要的生命中枢。脑干（包括中脑、桥脑、延髓）主要上下行传导和主意识呼吸，调节体温等。小脑主要是维持肢体平衡和肌张力，达成共济运动并出“技巧”。

从现代生理学来看，脑是人的精神、思维、意识、语言、记忆、情绪、心理、学习、认识等等高级神经活动的器官。人之所以区别于动物，主要在于人有高度进化、多维发达的大脑，以及大脑支配下的种种高级复杂行为。应当说脑是五脏六腑之首，“脑藏神明”。

从现代临床学来看，许多“脑系病类”用清心宁神法或清心开窍法等而获效。如失眠投交泰丸（黄连、肉桂）；中风投“导痰汤”（胆星、云苓等）；癫痫狂投“礞石滚痰丸”（生礞石、生大黄等）；脑萎、痴呆投归脾汤（枣仁、远志等）；眩晕投“河车大造丸”（麦冬、云苓等）。因此“心藏神明”的学术观点有其临床意义。

中西医两种医学有一个共同的观点，即心血与识神息息相关。心主血脉，为大脑的识神活动提供了充分的重要的物质基础，大脑的供血不足和缺如，常常是失语、失谈、失写、失聪、失用、失认、失觉等种种识神活动障碍或丧失的病理基础。近代不少研究还发现：心脏具有分泌“心激素”的作用，而且可能具有判断及思维能力。心脏还具有磁场的磁力效应，也可产生一定的识神功能。可见，**在识神活动上心脏和大脑可以联成一个统一的功能单元，共同主宰人体的精神意识活动，也即“藏神明”的功能**。

不少有见识有创新性的学者力主“心藏神明”变革为“脑藏神明”。努力加强，完善充实中医对“脑”的认识，跟上全球“认识脑，保护脑，开发脑”的研究步伐，并充分发掘、发扬、发挥中医治疗脑病的疗效优势，这是对《内经》的修正完善，对中医学术的弘扬发展，可敬，可贺！

“心者，君主之官，神明出焉”的现代观，即**从“心”的生理功能来认识识神活动，从“心”的治疗学来纠正种种识神障碍的病证，也就是脑的神明从“心”认识、从“心”论治**。

98. 完善“中医心病学”概论

“中医心病学”是一门专事研究心系病证的临床学科。它既古老又新兴。言其古老，自《内经》始，历代医家对“心病”积累了雄厚的理论和丰富的经验，是中医药学优势和特色的一项充分展示。言其新兴，是历代均未将“心病”系统整理、科学规范，构成一

门临床学科。对“心病学”的命名、定义、基本概念、内容特点、诊疗规范以及学术渊源，均应严格“三定”（“定性、定位、定量”）。故“古老者”应继承光大，“新兴者”则应规范、创新。我们这一代的重任在于完善“中医心病学”概论。

“心”在五脏六腑中处于首位，是统领者，故《素问·灵兰秘典论》云：“心者，君主之官也”，“主明则下安”。《灵枢·邪客》也云：“主不明则十二官危”，“心者，五脏六腑之大主也”。心所司的功能，归纳起来有三个：一是《灵枢·痿论》所曰：“心主身之血脉”；二是《素问·灵兰秘典论》所曰：“神明出焉”，《灵枢·邪客》所曰：“精神之所舍也”；三是《灵枢·脉度》所曰：“心气通于舌，心和则舌能知五味矣。”故“心”的功能：一主血脉，二司神明，三开窍于舌。心还与其他脏腑关连，如心合小肠，心与肾相联等。一旦“心”的这些生理功能紊乱，便会产生一系列血脉、神明、口舌、泌尿、生殖等等的病证，导致所谓的“心病”。

殷商甲骨文中就有形象文字“心”。而“心病”一词则始见于马王堆汉墓出土的帛书，如《足臂十一脉灸经》中载：“臂太阴脉……其病：心痛，心烦而噫”；《阴阳十一脉灸经》中载：“臂钜阴脉……其所产病：胸痛、脘痛、心痛、四末痛、瘕，为五病。”正式定名“心病”并详而论述者则是《内经》。如《素问·藏气法时论》曰：“心病者，日中慧，夜半甚，平日静”；《素问·标本病传论》曰：“心病者，胸中痛”，“夫病传者，心病先心痛，一日而咳，三日胁支痛，五日闭塞不通，身痛体重”。《内经》还论述了心系病证的诊治，如心痛、心痹、心风、心热等等，特别对心痛的描述，分为真心痛和厥心痛两类。真心痛的特征“手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”（《灵枢·厥病》），颇符合近代的心肌梗死表现及预后；厥心痛分为肾心痛、脾心痛、肝心痛、肺心痛、胃心痛等，对近代诊治心绞痛提高临床疗效颇具启迪（《灵枢·厥病》）。《内经》还有不少关于“心”的病机描述，如《素问·宣明五气篇》的“心恶热”；《素问·脉要精微论》的“心为牡脏”；《素问·至真要大论》的“诸痛痒疮，皆属于心”等等。认识这些心的生理、病理概念，对创建中医心病学是重要的学术基础。

中医的病名学虽是中医学的特色之一，但其概念广泛，外延性大，定位模糊。西医学的病名学比较精确，定位性强，并结合现代实际较紧密，这是西医病名学的特色所在。中医的优势往往体现在临床疗效上，而且较轻病重证；而西医的理化检查方法和手段则是识别病变，确立诊断的有效途径。充分发挥中西两者的所长，优势互补，对中西医两门学科的完善、发展、创新都有双赢之利。因此中西医病名学上的“对号入坐”，中医的病名限以西医的内涵，非但不会“姓西不姓中”，不会抹杀中医的特色，反而能促进中医学术的发展、中医优势的发挥和中医现代化的创新。“对号入坐”方法是创建“中医心病学”的学术手段。

“中医心病学”的命名定义应当是中医心病的三个功能与脏腑关联的各种病证。其基本概念应当是心系病证的病名沿革、病因病机、诊断鉴别、辨证论治、转归预后、护理康复、保健预防的各种诊疗措施。其内容特别，**一是主血脉的心血管系统病变；二是藏神明的某些高深神经系统病变**，除与脑直接相关以外的病变，如眩晕、痫病、癫病、狂病、

老年痴呆、痿病、偏头痛、失眠、神衰、郁病等;**三是与其他脏腑相关的口腔病、泌尿生殖系病等**。其内容特点为以心脏为中心,联系脏腑经络以及精神活动的病证;除心主血脉、心藏神明以外的隶属其他脏腑而跟心脏有密切相关的病证,以及从心脏论治而奏效的各类病证。中医心病诊疗规范虽属首创,也应建立并完善。我们曾制定并推广应用的"胸痹心痛急症诊疗规范"、"胸痹心悸急症诊疗规范"、"胸痹心衰急症诊疗规范"以及"胸痹心厥急症诊疗规范",经国家中医药管理局在全国颁布施行已有近10年的时间,对提高诊治心病的水平有较大的促进作用。今后当进一步完善,以便使中医心病学的规范更加科学化、实用化。至于中医心病的学术渊源,已在有关章节加以论述,故不再重复。

总之,"中医心病学"的创建和完善是对中医诊治心病的继承、发扬与创新,具有重大的临床意义。能否设想,由此突破,成为发展中医学术,提高中医疗效的原动力。

99. 心病学科建设应以人为本

"人的因素第一",就是说人是一切活动中最根本、最积极、最活跃的因素,人才资源最为宝贵,可谓创新的原动力。心病学科建设的重中之重是人才,故曰:"心病学科建设应以人为本"。

学科建设的人才要有**五大要素**组成:首先是爱国主义的激情。人才不爱国,才能再佳也是废材。报效祖国、服务祖国,是人才的基本要素;要有强烈的事业心和奋进性。事业心是头脑,奋进性是躯体;头脑发达,躯体强壮,才能攀登科学之巅;要有扎实的专业功底。功底者,基本功也,对心病专业包括它的过去、现状以及未来都要"了如指掌",十分娴熟。功夫要磨炼,功夫要积累,功夫不负有心人,功夫是成就的阶梯;要有丰富的创新思维及敏锐的决断能力。思维越丰富,思路越开宽,成功率会越高。要决要断,而且快捷利索,这是善抓机遇的要诀。创新和决断常常是人才对学科建设作出贡献的必需;要有良好的身心素质。成不骄,败不馁;虚则进,满则退。始终正确认识自己,公正对待别人。"三人行必有我师",摆正摆平自己的位置,是人才发光的光源。人才的崛起和成长必然要奏响**四部曲**:继承、验证、质疑、创新。没有继承等于无本之木,无源之水。树木缺乏根底,难以成长茂密,大厦没有地基,不能丛立拔起。人才必须充分继承古今中外一切经验。**继承不是抄袭,更不能守旧,要在实践中加以验证**,要"亲口尝一尝梨子的滋味",通过验证方能知晓真伪,分辨是非。吸取成功经验的营养,记取失败教训的启示。**要勤于寻找不足,善于发现问题,勇于提出质疑。面对质疑,探索解决方案**。完成发扬、发展和发挥的创新之举,对人才来说是崛起和成长之路,对学科来说是创建和完善之途。**继承和验证是人才的必由之路,质疑和创新是人才综合素质的体现**。

心病学科的人才构成应当**老中青三结合,高中低三阶梯**,方为万全之策。老一辈专家久经实践的考验和磨炼,累积着丰厚的正反经验教训,"见多识广",常常充当"舵手"的作用;中成年一代是事业的中坚力量,他们承上启下,肩负重担,成为枢纽,运作的关

键，是忠诚的实践者；年青小将，血气方刚，富有想象和创新，生气勃勃，敢想敢干，充满活力，是事业航船的润滑剂，推进力，“后生可畏”，不可轻，不可缺。老中青三结合，优势互补，是理想的学科群体，实干的科技团队。学术阶梯要有高、中、低三个层面，目标一致，分工不同，各尽其责，协同攻关。犹如机器由各个部件组成，虽然大小不一，但缺一不可；“配件齐全”方能正常运作，产生合力，办成事业。

“中医心病学”是一门新兴的临床学科。需万人浇灌，方能枝茂叶盛；有百家扶植，方能兴旺发达。其中**吸纳各路精英，组成一支队伍，至关首要**。

100．医者崇德论

“救死扶伤”是医者的天责。医者的职业道德，简称“医德”，是实现这种天责的精神支柱和行为保障。“医德”何在？“不越三条”。

第一条**“患者至上”**：患病者常常受病苦和精神负担同时侵袭，其苦无比，他们最需要的是医生的救助。医生面对广大的患者，理应想患者所想，急患者所急，真正把患者当“上帝”，“呕心沥血”，真情实意地帮助他们减轻和解除疾苦。医者应当以“患者至上”，“以病人为中心”。在医疗改革的春潮中，许多医院、众多医者已为我们树立了榜样：他们树新风、立新章，建新规，开展“我与患者同行”活动；提倡“明明白白就医”，简化就诊手续，实行首诊负责制，强化三级医师负责制，狠抓医护环节的服务质量，推行一日清单制，试行医生挂牌公示制。医护人员面对市场经济的挑战，勤学苦练，修炼内功，提升自身的医技水准。随着医患之间的交融沟通，由谅解和理解代替猜疑和埋怨，医患之间逐步架接友谊之梁。患者把医院视为家里，医者把病人当作亲人，不是亲人胜似亲人。这是社会主义市场经济大潮中涌现的新型医患关系，是多么的温暖感人呀！每一位医者都要时时、处处、常常想一想“患者至上”的信念是否确立，是否到位，是否自觉。

第二条**“重病轻财”**：由于“回扣”、“红包”的腐蚀，有的医者第一入眼的不是“病”而是“钱”，第一思维的不是“治病”而是“捞钱”，不是“视病下药”而是“依扣开药”。于是出现治病的药，因扣率低而不愿开，保健品，扣率高的常常乱开之。一个小小的感冒药费动辄数百元，同一个病人药单上重复品一大堆，最大的处方可达二十多种；不管是否需要，有无适应证，高档检查一个不漏；不论是否对应，是否适用，开进口药不开国产品。种种怪相穷出不鲜。医者一旦掉进“钱眼”里不可自拔，非但害人，更是害己。试问，“重财轻病”的医者，如何履行自己的天责呢？医者脱贫要走正道，要“劳有所得”、“取之有道”，凭自己高尚的医德、精湛的医技，在劳动中脱贫。我的“谋财”之道是：“不属于自己的钱一分都不取，属于自己的钱一分都不少。”“重病轻财”是人间正道。

第三条**两个“三心”**：医者的“三心”就是**专心、爱心、尽心**。专心就是积极主动，全身心地为患者排忧解难，把患者当作自己的父母兄弟姐妹，要用高度的责任心，不推诿、不敷衍、不虚假，尊重患者、维护患者、诊治患者，特别对某些疑难、少见、危重的患者更要负责细心。误诊是医者之过，失职更是医者之大过。对某些性急苛刻的患者，应当耐心

包容，循循诱导。制怒是医者的修养，宽厚是医者的素质。爱心表现在两个方面：其一，用满腔的热情、百分百的同情、亲人般的真情对待每一位患者，不能因其贫富的不同、地位的高低、年龄的大小、性别的男女、职业的优劣而“二视异仁”。而应是一贯真诚的“一视同仁”。其二，是保护患者的隐私权。患者越信任医者，医者越要保护患者。患者受到隐私上的创伤，医者不能雪上加霜，再加损伤。尽心是对患者的发病情况、治疗经过、生活习惯、职业特点、社会环境、家境影响、身心承受等等诸种因素都应刨根探底、溯本求源，对各种必要的检查都要逐项进行，以便精确诊断，以病证的表现制定最佳、最效、最省的治疗方案向患者作出必要的“交底”，使其心中有数，积极主动地配合治疗，发挥医患两个积极性。对于难治的疾病、不能根治的疾病、预后不良的疾病，也要鼓励患者振作精神，放下思想包袱。决不可“言过其实”、“实话实说”，使患者再受重创。

患者的“三心”就是**放心、舒心、省心**。医者的真情实意和千方百计解除病苦，努力实事求是诱导的仪表和姿态常常是患者的“定心丸”。患者的放心是配合治疗，取得疗效的前提。俗语说：“治得好病，救不了命”，只要让患者感到医者全心全意为其解除疾苦，扎扎实实当其医学参谋，不马虎、不虚伪、不讨好，那么患者就会有舒心的感受。舒松的心态是提升疗效的辅助剂。大部分患者不懂医，患者翻阅医学书籍，常常长不了知识，一知半解，“对号入坐”反而增加精神压力。如果医者负责地精心地为其制订治疗方案，并将其“公示”，做一点医学常识上的解释，对患者的生活起居、饮食宜忌加以指导，患者还有什么心可操？

“医德”是精神意识的“上层建筑”，又是行为规范的实际行动，既看得见又摸得到。民众心目中的“好医生”，除了高超的医技、明显的疗效外，“医德”是必不可缺的组成。所以医者必须崇德！

我的座右铭是：**“全身心地投入，一切为了患者的康复，一切为了民众的保健”**！

临 证 篇

1. 冠心病诊治应辨证序列

自 20 世纪 70 年代开始，中医学者对冠心病的诊治进行了深入的探索，积累了丰富的经验和资料，出现了不少有效的可喜苗头。以冠心病心绞痛为例，众多的医者用《金匮要略》的“阳微阴弦”即“本虚标实”来归纳其病机，认为心、脾、肾的功能低下或失调是本虚的基础，气滞、血瘀、痰浊是标实之因。以益气养阴、补肾固本、活血化瘀、理气解郁、芳香温通、豁痰逐饮等为立法，采用汤剂、颗粒冲剂、片剂、胶囊、口服液、滴丸、喷雾剂、注射针，以及外敷膏等多种剂型为治法，取得中医药缓解心绞痛总有效率达 80%～95%，心悸等证候总缓解率达 85%～95%，硝酸甘油停减率达 65%～85%，心电图缺血改善率在 40%～60% 的疗效水平。中医药还能增强患者体质，提高运动耐力，改善血液流变性，增强左心室功能，并降低心肌耗氧量。这些研究成果应当重视，并充分加以肯定。

但是，目前冠心病的中医诊治有**三个**明显的**缺陷**：一是临床研究停留在专病专方或一方一法为主的框架内，**辨证论治特色不全，疗效被局限**。有的产品疗效被广告宣传夸大，缺乏长远性而昙花一现，已严重损害中医药声誉。二是没有分阶段、多途径、多剂型、多产品的序列配套，**不能形成整体治疗方案**，难以发挥中医疗效优势。三是有的制剂所用**药源常常缺乏或昂贵稀有**，难以批量生产和推广应用。

为了扬长补短，20 世纪 80 年代初，我们提出“冠心病诊治应辨证序列”的新观点、新思路，并制订了**“辨证序列方药诊治冠心病”的整体方案**。方案的构成有**三个要素**：首先**突出辨证论治原则**，并遵循“急则治标，缓则治本”的古训，速效止痛治标，以理气、活血、祛痰为治，分辨寒热，“寒者热之”，“热者寒之”；长效治病图本，以补气、养阴为治，分辨气虚、阴虚，“虚者补之”。其次是强调疗效、剂型、产品上的序列配套，**形成整体治疗**。再次是研制的方药要**疗效确切，安全稳定**，经得起重复验证，并能商品化生产和流通。

为实施此方案，经过 10 余年的团结协作，努力拼搏，我们分别研制了**速效止痛的心痛喷雾剂**，分寒证、热证两种制剂。**长效治病的心痛口服液**，分补心气、滋心阴两种制剂。此两项课题分别获得国家中医药管理局 1987 年度和 1992 年度全国中医药重大科

技进步二等奖。四个制剂中热证心痛喷雾剂商品名定为心痛舒喷雾剂，加上补心气口服液和滋心阴口服液均获得中华人民共和国卫生部颁发的三本新药证书和3个准字号生产批文，分别由广东华南药业和湖北福人药业生产面市，产生了明显的经济效益和社会效益，并收入国家基本药物目录、中药保护品种。补心气和滋心阴还被列入国家医保目录。

寒证心痛喷雾剂以肉桂为君药，辛温止痛，通阳散寒，主治冠心病心绞痛偏寒证；热证心痛喷雾剂以丹皮为君药，凉血止痛，和血散瘀，主治冠心病心绞痛偏热证。补心气口服液以黄芪为君药，补气升阳，主治冠心病心绞痛属心气虚损证，系补气祛痰的新组方。滋心阴口服液以麦冬为君药，养阴清心，主治冠心病心绞痛属心阴不足证，系养阴活血的新组方。

为确保疗效的可靠性，诊断标准严格按照WHO的规定，全部病例均选择休息时心电图有明显缺血改变的确诊病例。疗效评判标准严格采用国家标准。在观察方法上运用随机盲法对照，使临床结果客观性强，可信度高，重复率佳。心痛喷雾剂临床验证540例，851例次，用美国硝酸甘油片作自身对照。心痛口服液临床验证1037例，用硝酸异山梨酯作随机盲法对照，并作证类对照观察，其结果均经统计学处理。

喷雾剂3分钟止痛率，寒证50.55%，热证54.02%；5分钟内止痛率，寒证21.86%，热证19.79%；总止痛率，寒证72.49%，热证73.81%。心电图缺血改善率，寒证28.6%，热证36.5%。同美国硝酸甘油片对照，疗效相仿（$P>0.3$）；口服液止痛率84.87%，证候缓解率86.6%，硝酸甘油停减率82.96%，心电图缺血改善率44.92%。随机盲法对照结果，止痛率、证候缓解率均明显优于硝酸异山梨酯（$P<0.005$），补心气口服液、硝酸甘油停减率明显优于硝酸异山梨酯（$P<0.05$），滋心阴口服液与两者相仿（$P>0.1$），滋心阴口服液心电图缺血改善率明显优于硝酸异山梨酯（$P<0.05$），补心气口服液与两者相仿（$P>0.5$）。证类对照结果：补心气对心气虚损证，滋心阴对心阴不足证的疗效均明显优于其他四证（瘀血证，痰浊证，寒凝证，气虚证）（$P<0.01\sim0.001$）。

临床疗效还获得药效学证实：喷雾剂和口服液对垂体后叶素所致的家兔急性心肌缺血心电图T波改变均有明显的对抗作用。对犬实验性心肌缺血均有保护作用，均能降低犬的心肌耗氧量。口服液还对异丙肾上腺素所致大鼠心肌缺血性损伤有保护作用，能使豚鼠离体心脏冠脉灌注压下降，对冠脉有明显的扩张作用。实验研究结果提示：喷雾剂和口服液的疗效机制在于扩张冠脉、对抗心肌缺血、保护心肌损伤、降低心肌耗氧量。

这四种制剂均经过Ⅰ期临床观察正常人各20名和动物的急性及长期毒性试验，加之临床大样本的验证均未发现心、肝、脾、肺、肾、脑等的病理及血、尿、便等的生化改变。充分证明是安全制剂。四种产品经质量分析和稳定性考察，并以现代先进的活性成分定量检测法来控制产品质量，做到工艺规范、质量可控、产品稳定。

为了进一步观察其疗效的可靠性，又经多阶段的重复验证，表明其疗效重复性佳，疗效确切。

心痛舒喷雾剂(热证心痛喷雾剂)临床验证情况总结如下:

组别	例次	3分钟止痛	5分钟止痛	证候有效	心电图缺血改善
1985年课题攻关	303例485例次	54.02%	19.79%	86.30%	36.50%
1995年报批新药	717例1770例次	56.08%	20.10%	89.50%	39.00%

心痛口服液(补心气和滋心阴口服液)临床验证情况总结如下:

组别	例数	止痛有效%	证候缓解%	舌脉复常%	硝甘停减%	心电改善%
1988年报批新药	883	84.8	86.6	92.9	82.9	44.9
1992年扩大验证	2612	86.9	91.1	93.2	85.2	48.8
1995年考察"三效"	312	85.4	87.4	93.7	84.5	45.3

采用舌下喷雾剂,吸收快,用药省,速效止痛,使用方便,适合急症止痛。高效治病采用口服液剂型,既保留传统煎煮又采用现代提纯相结合,吸收好,使用方便,适合长期服用治病。选药又很普遍,药源充足,药价便宜;全部采用地道药材,**辨证配套,形成中医诊治冠心病心绞痛的整体方案,使新思路、新方法得以实施,使临床疗效有所提高,特具临床价值。**

2. 冠心病提倡从痰论治

中医诊治冠心病颇有优势。以往的重点均放在"瘀血"、"气虚血瘀"或"寒凝"上,而疏忽于"痰浊"。20世纪改革开放以来,随着人们生活水平的提高、工作节奏的加快、饮食结构的改变、脂肪的过量摄人,以及气候环境的恶化与污染,冠心病的中医证类谱发生重大改变,"瘀血"少了,"痰浊"多了。我们曾做过1260例的证候学调研,发现"瘀血证类"仅占17%,而"痰浊证类"却占63%。法随证变。冠心病应当提倡从痰论治。

我们要重温"痰浊"的渊源。《内经》全书无"痰"字,只有"唾出若涕","咳出青黄涕"的记载。《金匮要略》有"痰饮"的专篇,如曰:"膈上病痰满咳嗽吐",并将痰饮与悬饮、溢饮、支饮并列作为四大饮证之一。张仲景确立了"温药和之"的大法并载方20首,如外寒内饮者用大、小青龙温而散之;饮停于里者用苓桂术甘、肾气丸、五苓散温而化之;饮结成实者用十枣、己椒苈黄温而逐之。但张仲景所论之"痰饮"也非"痰"也,只是专对水饮而言。直到隋代巢元方等著《诸病源候论》才首次把痰和饮作了区别:"脉偏弦者为痰,浮而滑为饮",并提出"水饮气停在胸腑,结而成痰"的观点。但其并没有立法遣方,仅是个雏形。唐代《备急千金要方》、《千金翼方》和《外台秘要》基本上也是以饮概痰,直至宋代开始,才真正出现研究痰病的热潮。杨士瀛的《仁斋直指方论》明确提出:"稠浊者为痰,清稀者为饮",并详述痰病的成因和临床表现。严用和的《济生方》曰:"人之气道贵乎顺,顺则津液流通,决无痰饮之患。"主张气不顺而生痰。金元时期,朱震亨系治痰大家,其撰《金匮钩玄》共139门,除专列痰门外,其中还有53门也是从痰论治,如提

出“百病中皆有兼痰者”,“湿热生痰”,“怪病多属痰”,“二陈汤一身之痰都治”等有临床价值的观点。张从正的《儒门事亲》创痰蒙心窍的理论。王隐君的《养生主论》组治痰效方“礞石滚痰丸”。至明清两代,痰病的演变更加广泛。王纶著《明医杂著》主张:“痰之本,水也,原于肾;痰之动,湿也,至于脾;痰之治,气也,主于肺”,“二陈汤,实脾燥湿,用于湿痰,寒痰,痰饮,痰涎,但不宜于火邪炎上,熏于上焦,津液郁积之火痰及岁月积久,根深蒂固之老痰,郁痰,宜开郁降火,清润肺金,不得用香燥之剂。”李梴的《医学入门》认为痰病多生于脾,痰有湿(食)、火、酒、燥、老、郁、气、热、风、寒、虚之分。刘纯著《玉机微义》指出:“痰病多生于湿,故多用南星、半夏”,“岂但理气而痰能自行耶,必先逐去痰结,则滞气自行。”戴元礼的《秘传证治要诀》则主张除痰宜用攻法。张介宾在《景岳全书》中提出:“饮清澈而痰稠浊,饮惟停积肠胃,而痰无所不到,饮为脾胃病,而五脏之病,皆能生痰”,“痰之化在脾,痰之本在肾,木郁制土,火盛克金,火邪炎上皆生痰”,“治痰之法必须识痰为标证,治痰知治本,则痰无不清者”。楼英的《医学纲目》则认为:“凡病百药不效,其气上脉浮而大者,痰也。”孙一奎的《赤水玄珠》主张:“既有湿痰、风痰、火痰、食积痰、气痰、肾痰、脾虚痰等不同,所以审痰认证,治病求本”,“瘀血留著,化而为痰,痰瘀互结者,又不可专治其痰,须兼活血行血。”

从以上渊流可见,历代对痰饮的诊治有了较为详尽的论述,其要点是应当把痰和饮区分开来。治痰之法当从肺、脾、肾着手,且应注意痰瘀互结证的存在。为区分痰饮为水邪之别,主张称之为“痰浊”。

这里要追寻痰浊与冠心病的关系。痰浊是冠心病的重要病因,从痰论治冠心病是重要的治法。其文献记载源于《内经》。《素问·至真要大论》提到:“民病饮积心痛”,《灵枢·五味》载有:“心病者,宜食麦,羊肉,杏,薤。”这里的薤指薤白,又称“野蒜”,是一味温通化痰、治疗冠心病的良药。《金匮要略》中专设“痰饮”篇,正式创建化痰温通方瓜蒌薤白白酒汤类6张,对冠心病从痰论治作了奠基。其中的瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤、桂枝生姜枳实汤至今沿用仍是效方。特别是仲景提出对薤白的科学煎法要加白酒是非常正确的。现代药理研究表明,薤白治疗冠心病的有效成分只溶于酒而不溶于水。唐宋时期从痰论治的方剂甚丰,如《千金方》立“前胡汤”治“胸中逆气,心痛彻背”,方中以前胡、半夏、生姜化痰,配桂心温通,人参扶正。《太平圣惠方》“胸痹疼痛痰逆心膈不利方”,既有瓜蒌薤白半夏汤方意,又增入生姜、枳实,增强温化痰浊之力。进入明清两代,更重视痰浊的病因。如《杂病源流犀烛》云:“痰饮积于心包,其自病心”,《证治汇补》云:“气郁痰火,忧恚则发,心隔大痛,次走胸背。”至于治疗上除进一步强调从痰论治外,还主张分辨虚实和伍用化瘀。如《张氏医通》把“痰积胸痹分为实痰、虚痰两类,主张“一病二治”。《继自堂医案》认为“此病不惟痰浊且有瘀血交阻膈间”,当采用“痰瘀同治”法。近代医家也有主张从痰论治者,如蒲辅周认为“痰阻经络,阻遏气血”,其治多投瓜蒌薤白半夏汤,继进十味温胆汤。任应秋以宣痹涤痰立法,用瓜蒌薤白半夏汤、苓桂术甘汤、二陈汤合方。赵锡武主张通阳化痰,善以瓜蒌薤白半夏汤为主方。冉雪峰常以小陷胸汤加菖蒲、郁金、枳实,以解痰热内阻。邓铁涛认为气虚兼

痰浊最为多用，以温胆汤加党参为治。

结合现代的病生理观点，再来认识痰浊跟冠心病发病的密切关联。冠心病常以饮食失节为重要病因，而饮食失节主要损伤脾胃健运，从而壅热生痰。另外脾胃乃生痰之源，失健的后果也能聚津生痰，故《金匮要略心典》曰："阳痹之处，必有痰浊阻其间。"长期的劳逸失度、养尊处优、好逸少动者，形成痰浊体质，其血液往往处于"黏浓凝聚"状态，而且体重超标，血黏和肥胖均是冠心病的易患因素，这两项有人均有流行病调研报告：40 岁以上人群的冠心病发病率同劳动强度呈反相关，车间内每天往返行走约 30 公里的纺织女工仅为 3%，而出海作业、劳动强度更大的渔民仅为 2.56%；35～44 岁的男性，体重超标 10%，冠心病发病率可增加 38%，而超标 20%的则可增加到 86%。七情过激也是产生痰浊的主因。这类人群急躁好冲动，喜怒无常，被称作"A 型性格"，其发病率可增加 2 倍以上。痰浊形成跟季节地域也有关。长夏主湿，南方多雨，均可滋生痰浊。而冠心病的发病高峰之一可以出现在每年 7、8、9 三月的阴雨多湿季节。最后从病理基础来探讨。现代血液生化学研究表明，血清三酰甘油、低密度脂蛋白、胆固醇明显增高，高密度脂蛋白降低可造成脂质沉积在血管壁的内膜下，引发冠脉血管内膜的内皮细胞破损导致内膜增厚硬化，血栓瘀堵，血管内径变窄而发生冠心病。痰浊证类的冠心病正符合这种病理改变。

从文献、病因、病理和临床都表明冠心病与痰浊密切相关，提倡从痰论治有根有据，符合证类谱的改变，是提高疗效水平的重要途径。

冠心病有效祛痰方剂有六首：《金匮要略》的瓜蒌薤白白酒汤、瓜蒌薤白半夏汤和枳实薤白桂枝汤，《伤寒论》的小陷胸汤，《三因极一病证方论》的温胆汤，《太平圣惠方》的瓜蒌枳实半夏汤。有效祛痰中药共 18 味：全瓜蒌、薤白、半夏、竹茹、天竹黄、枳壳、桔梗、浙贝、海藻、昆布、莱菔子、菖蒲、郁金、苍术、陈皮、云苓、茵陈、泽泻。

冠心病从痰论治要抓住"痰浊闭塞"的六个主证：胸闷满痛，口黏纳呆，头重肢困，形胖痰多，苔腻脉滑。参考"三高"（高血脂、高血糖、高血压），其中尤以苔腻为重，但见苔腻便是，他证不必悉具。冠心病从痰论治的主方为温胆汤合三参饮化裁。主药有七味：竹茹 10g、枳壳 10g、云苓 15g、陈皮 15g、党参 10g（血糖高者换人参另煎兑服3g 或太子参 30g）、丹参 30g、苦参 10g。为提高疗效应有三助：

其一，分辨寒热，痰形立法。热痰苔黄痰黏，选加黄连 10g、天竹黄 10g、浙贝 15g。寒痰苔白痰稀，选加桂枝 10g、半夏 10g、生姜 3g。有形之痰重在消导，选加莱菔子 10g、炒葶苈子 10g、生山楂 15g、海藻 10g。无形之痰重在透豁，选加菖蒲 10g、郁金 10g、桔梗 5g、蝉衣 5g。

其二，根据痰性，伍用三法。气虚必生痰浊，伍补气药：仙鹤草 10g、扁豆衣 5g、生黄芪 15g。气滞必凝痰浊，伍理气药：柴胡 10g、玄胡 10g、佛手 10g。痰瘀必见互阻，伍化瘀药：三七粉 3g冲、苏木 10g、泽兰 10g。

其三，给痰出路，分利两便。利尿选加石韦 10g、车前草 30g、白花蛇舌草 30g。润肠选加草决明 30g、白菊花 10g、当归 15g。

以上诸法均要注意遵循仲景古训，加入全瓜蒌30g、薤白10g，再用酒类20ml浸泡1小时以上。

3. 冠心病治痰宜分清虚实

痰为实邪，痰中有虚，治痰宜分清虚实早有古训。较早提出者系明代的刘纯，他在《玉机微义》中提到："治痰不能不辨虚实，血气亏乏而兼痰者，必须补泻兼行。"薛立斋在《明医杂著注》中更明确："凡痰证欲食之思，此中气虚弱，宜用补中益气为主"，"肾气亏损，津液不降，则浊泛为痰者，宜六味地黄丸为主。"

冠心病辨痰之虚实，大都指的是无形之痰，辨证的关键看舌苔，**苔薄为虚，苔腻为实。**虚者伴心悸气短，神疲腰痠；实者伴憋闷纳呆，尿黄便干。虚者以气虚为主，或见肾亏；实者以瘀血为主，或有气滞。

冠心病治痰属气虚生痰者，宜补气祛痰，以香砂六君为主方合温胆汤，主药有参类(高血糖者不用升高血糖的党参)、生芪、白术、仙鹤草，再佐竹茹、枳壳、云苓、陈皮；属肾亏者，宜益肾祛痰，以杞菊地黄汤为主方合温胆汤，主药有枸杞子、生地、生杜仲、桑寄生、泽泻，再佐竹茹、枳壳、云苓、陈皮、桑白皮、野菊；属气滞生痰者，宜理气祛痰，以保和丸为主方合四逆散，主药有莱菔子、云苓、陈皮、连翘、全瓜蒌、薤白，再佐柴胡、枳壳、川楝子、玄胡、香附；属痰瘀互结者，宜化瘀祛痰，以导痰汤为主方合血府逐瘀汤，主药有胆星、天竹黄、全瓜蒌、薤白、莱菔子，再佐丹参、地龙、桃仁、丹皮、苏木。

冠心病从痰论治分辨虚实，再据证立法。虚痰者补气祛痰或益肾祛痰；实痰者应理气祛痰或化瘀祛痰。这也是提高临证疗效不可疏忽的环节。

4. 冠心病的辨证施膳

膳食调养简称"食疗"，也是中医的一大特色。药王孙思邈亦是一位食疗专家，他强调："安身之体必资于食，救疾之速必凭于药，不知食宜者，不足以存生也，不明药忌者，不能以除病也。""凡欲治病，先以食疗；既食疗不愈，后乃药尔。"可见食疗在治疗中的辅佐地位。饮食不节是冠心病的重要诱因。所以食疗在冠心病的防治中更有临床价值。

(1) 冠心病的膳食原则

冠心病人的饮食要限制膏粱厚味，炙煿煎烤，提倡清淡软熟；不要暴饮暴食，饥饱无度，应当定时定量，少食多餐；禁烟少酒，提倡饮茶；不要偏食，荤素搭配；控制盐糖摄入；早餐要吃，午餐要好，晚餐要精。

(2) 冠心病的有效食物

低铬低锰是动脉硬化的因素之一，含铬锰量高的食物有粗制糖、糙米、小麦、黄豆、

萝卜缨、胡萝卜、茄子、大白菜、扁豆；低镁常常使心肌兴奋性增高，诱发心律失常，高镁食物有花生、核桃、牛奶、绿叶蔬菜、鱼、肉、海产品；碘可防止脂质在动脉壁上沉着，海带、紫菜含碘量高；锌可抑制镉对心肌的损害，谷类、豆类、坚果、海味、茶叶含锌量高；维生素C可增强血管弹性，绿叶蔬菜、水果，特别是猕猴桃、刺梨、红枣、山楂、柑橘含量高；维生素B_6降血脂，含量高的食物有谷类的外皮、绿叶蔬菜、猪肝、酵母、肉、鱼、蛋、牛奶、豆类及花生；还应当提倡食用硬水，特别是矿泉水，其中含钙镁量高，有利于心肌的代谢。归纳起来，冠心病的有效食物计有：葱、蒜、韭、薤、姜、胡萝卜、玉米油、花生、葵花子、荞麦、大枣、豆类（尤其是黄豆）及豆芽、木耳、海蜇、海带、紫菜、鲤鱼、椰子、香蕉、山楂、莲肉、醋、蜂蜜等。

(3) 冠心病辨证施膳食谱

1) 心气虚损证：①乌鸡汤（参考《饮膳正要》），乌鸡洗净切块，加入生芪30g、扁豆30g、陈皮5g、胡椒3g、高良姜3g。炖熟后喝汤食肉。②归芪鲤鱼羹（参考《本经逢源》），鲤鱼一条洗净去刺，生芪30g、当归15g、木耳15g、胡萝卜30g、蒜头3个。生芪、当归煎两次取汁，用汁煮鲤鱼肉，加入木耳、胡萝卜、蒜头（拍碎），炖成羹，分次食用。③桂心红枣粥（参考《食医心鉴》），桂心3g、红枣30g、桂圆10g、山药15g、苡米30g、芡实30g、莲肉10g、百合10g，熬粥食用。

2) 心阴不足证：①黄精地黄鸭（参考《便民食疗》），鸭1只、生地15g、黄精30g、山药15g、莲肉15g、红枣10g。鸭洗净剖腹，生地、黄精煎两次取汁，山药、莲肉、红枣填入鸭腹，用汁炖鸭至熟，喝汤食肉。② 红烧龟肉（参考《本经逢源》），龟1只，洗净切块，先以油煸炒，加入调料、红枣、莲肉、适量蜂蜜炖熟食肉。

3) 心血瘀阻证：①三七藕蛋羹（参考《同寿录》），鲜藕汁1杯、三七粉3g、花生30g、打碎鸡蛋1个，调匀成羹食用。②山楂饮（参考《食物与治病》），生山楂30g、桂心3g，共煮浓汁，加蜂蜜适量饮用。③桃仁粥（参考《饮膳正要》），桃仁去皮尖100g、莲肉50g、白木耳30g、苡米适量，熬粥食用。

4) 痰浊闭塞证：①薤白头（参考《便民食疗》），薤白头250g去皮，泡入好食醋500g中，1周左右当小菜食用。②蒜醋鲤鱼（参考《食医心镜》），鲤鱼1条，洗净切块，煎焦黄，加入姜蒜泥、好醋调味，炖熟食用。

5) 气滞不舒证：香橼佛手浆（参考《食物与治病》），香橼、佛手各2个，洗净切碎，加蜂蜜150g，炖至熟烂食用。

5. 冠心病的保健功法

此处“功法”系广义词，不单指气功导引，实系冠心病的养生之道，包括康复和预防。养生学是研究外界自然环境、人体情绪性格、饮食起居对人体健康影响的一门学科。这些因素对冠心病的发生、发展、康复、预防都至关重要，不能忽视。

冠心病的保健功法有三要：

(1) 心胸旷达，恬淡虚无

乐观静谧、心宁志和的心态是冠心病养生的第一要诀，应当贯穿于治疗康复预防的全过程。心态康乐则气血流畅，利于养生。精神养生要遵循古训："戒暴怒以养其性，少思虑以养其神，省言语以养其气，绝私欲以养其心。"

(2) 起居有常，和于术数

"有常"的涵义：1）**勤劳作，防过度**。《千金方》提倡："养生之道，常欲小劳。"适度的运动可以帮助消化，增加吸收，流畅百脉，不生痰浊，邪气不侵，缓解身心疲劳，是一种积极主动的休闲方式。运动的方式多样，依个人嗜好选择，诸如散步、登高、慢跑、打球、游泳、打拳以及种花、垂钓、琴棋、书画等等，但均以适度为要。"度"者，运动后不觉疲劳，心率比运动前增加 30 次/分左右，休息 30 分钟至 60 分钟可以复常为宜。所谓"不可不动，不可大动"。要活就要动，称之谓"活动"。2）**习导引，持之恒**。导引亦称"气功"，以特定的方式摇动舒展肢体关节筋骨，调节呼吸，静息意识，达到安神定志，培育真元，调畅气机，通利血脉的目的。现代研究证实气功通过意识的主导作用，对大脑皮层和自主神经机能均有双向调节作用，并能降低全身代谢率，减轻心脏负荷，改善血液循环和心脏功能，对冠心病的治疗康复预防均有肯定的功效。一般可采用卧功静练，从百会到涌泉，全身逐段放松，往返运作 3～5 遍，然后意守丹田而入静。导引贵在持之以恒，累年积月，坚持不懈，必有助益。3）**慎房事，护真元**。纵欲无度，元真外泄，心阳不振，经络闭塞而诱发心绞痛。现代研究也证实性交时交感神经亢奋，导致血压上升，心跳加快，心肌耗氧量增加可以诱发心绞痛甚至心肌梗死，故房室不节是冠心病之大忌。但节欲并非绝欲，《备急千金要方》说得透彻："男不可无女，女不可无男，无女则意动，意动则劳神，神劳则寿损。"说明适当的性生活是必须的。何为"适当"？药王孙思邈认为："人年二十者四日一泄，三十者八日一泄，四十者十六日一泄，五十者二十日一泄，六十者闭精勿泄，若体力犹壮者，一月一泄。"但决非如此刻板，应以房事后轻松愉快，不觉疲劳为度。

(3) 顺应四时，饮食有节

四时气候变化，是外邪入侵的关键，务必防寒避暑，谨防感冒。饮食五味是营养的来源，但要有节。《素问·生气通天论》云："阴之所生，本在五味，阳之五官，伤在五味。"饮食之节重在"谨和五味"。

6. 止悸治标抓痰瘀治本重阴阳

心悸即心中剧烈跳动，惊慌不安，并伴有脉搏参差不齐。分为惊悸和怔忡两大类，

类似于西医的心律失常。

心悸证始记于《内经》。《素问·痹论》云："心痹者，脉不通，烦则心下鼓。"《素问·至真要大论》云："心澹澹大动，病本于心。"《素问·平人气象论》云："乳之下其动应衣，宗气泄也。"《灵枢·本神》云："心怵惕，思虑则伤神，神伤则恐惧自失，破䐃脱肉，气悴色夭，死于冬。"《内经》描述了心悸的表现和病机、预后，至仲景方以气虚血少和痰饮内停来论治。《伤寒论》记有："心动悸，脉结代，炙甘草汤主之。"《金匮要略》记有："卒呕吐，心下痞，膈间有水，眩悸者，半夏加茯苓汤主之。""心下悸者，半夏麻黄丸主之。"嗣后各家从病机和治法上大加发展，使中医止悸颇具优势。如《济生方》责之"夫惊悸者，心虚胆怯之所致也。"朱震亨以虚和痰饮论治："有气虚者，由阳明内弱，心下空虚，正气内动，心悸脉代，气血内虚也，宜炙甘草汤补之。""伤寒二三日心悸而烦，小建中主之。""血虚宜朱砂安神丸。""少阴病四逆或悸，四逆加桂五分主之。""凡治悸者，必先治饮，以水停心下，散而无所不至，可以茯苓甘草汤治之"（茯苓、桂枝、炙甘草、生姜）。"气涎郁在心胆经，宜温胆汤。惊悸在心脾经，因失志气郁涎聚，宜定志汤"（人参、远志、菖蒲、茯苓）。《医学正传》提出情志致悸说："夫怔忡惊悸之候，或因怒气伤肝，或因惊气入胆，又或遇事繁冗，思想无穷，则心君亦为之不宁，故神明不安而怔忡惊悸之证作矣。"《医林改错》则主张：血脉痹阻致悸"心跳心慌，用归脾安神等方不效，用此方百发百中"（指"血府逐瘀汤"）。

止悸治法有治标治本之别。**治标抓痰瘀**，因悸发之标与痰浊闭窍和瘀血阻络关系最密，故而抓住祛痰化瘀法，**最宜投十味温胆汤合血府逐瘀汤**。其主药有人参（西洋参）、竹茹、枳壳、云苓、陈皮、菖蒲、郁金、川芎、丹参、桃仁、红花、赤芍、全瓜蒌、薤白、柴胡、海蛤壳、水蛭粉、三七粉等，也可静滴复方丹参针或川芎嗪针。**治本重阴阳。快速型心悸以阴血不足为主**，治重滋阴养心，投交泰丸合杞菊地黄汤，其主药有黄连、肉桂、枸杞子、野菊、生地、当归、首乌、大枣、琥珀粉等，也可静滴生脉针、参麦针；**慢速型心悸以阳气不振为主**，治重温阳宁心，投参附汤合阳和汤，其主药有参类、附片、鹿角霜、桂枝、生龙牡、炙甘草等，也可静滴参附针。

为提高止悸疗效还有**三个辅佐措施：伍清心利尿，增强止悸之力**。心与小肠相表里，心火常常移肠，故宜伍以导赤散、石韦散、小蓟饮子诸方化裁，主药有竹叶、石韦、葶苈、泽泻、车前草、连翘、白花蛇舌草、冬瓜皮子、玉米须、芦根、桑白皮、猪苓等。

伍宁心安神，增加止悸之力。心藏神明，惊悸者常致心神不宁，神不守舍而兼失眠，怵惕健忘之症，故宜伍以天王补心丹、朱砂安神丸、柏子养心丸、酸枣仁汤诸方化裁，主药有炒枣仁、柏子仁、夜交藤、合欢皮、灵磁石、炙远志、生龙牡、五味子等。

伍散剂长服，巩固疗效。西洋参粉、三七粉、琥珀粉、冬虫夏草、黄连、肉桂、丹参、苦参、当归、羌活、川芎、石韦。根据病证偏重，调适剂量，共研细末，装入胶囊，一天3次，每次2g，常服安全，可收巩固止悸疗效的目的。

7. 中风成因乃风、火、痰

“中风”病名系俗语。学称“脑卒中”，西医称为“脑血管病”。有外邪引发者，称为“外风”、“真中风”、“真中”；无外邪引发者，称为“内风”、“类中风”、“类中”。“脑卒中”指“类中风”范围。“脑卒中”以猝然昏仆，不省人事，伴有口眼㖞斜、语言不利、半身不遂为临床表现，起病急骤，变化迅速。分为出血性和缺血性两大类：出血性脑卒中，包括脑出血（占 28%）和蛛网膜下腔出血（占 15%）。缺血性脑卒中，包括脑血栓形成（占 50%），脑梗死（占 7%）。脑卒中系老年人群中与心梗、恶性肿瘤共为三大致死原因。

“脑卒中”始记于《内经》。以昏仆为主症的称为“仆击”、“大厥”、“薄厥”、“暴厥”、“煎厥”。歪僻不遂为主症的称为“偏枯”、“偏风”、“身偏不用”、“痱风”。《金匮要略》首次对中风做了临床分型。《东垣十书》和《医经溯洄集》确定“脑卒中”非外来风邪，提出中风有先兆征和预防措施者系《素问病机气宜保命集》和《证治汇补》。

历代论述中风的病因，归纳起来有三条：

1）肝风内动：《临证指南医案》云：“内风乃身中阳气之变动，肝为风脏，因精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢，内风时起。”

2）心肝火盛：《河间六书》云：“肾水真阴衰虚，心火邪热暴盛，而僵仆或卒中久不语。”

3）痰热阻窍：《丹溪心法》云：“湿土生痰，痰生热，热生风也。”

脑卒中的主要病机如《素问·生气通天论》所曰：“大怒则形气绝，而血菀于上。”菀者郁也，即血郁于脑部而发为脑卒中。由于平素气血亏虚，加之忧思恼怒，五志过极，饮酒饱食，聚湿生痰，或房室烦劳，耗阴伤肾，引发肝风内动，心肝火盛，痰热阻窍而“血菀于上”，引发卒中。其中**风、火、痰为主要病因，特别应重视“痰瘀互结”和“肝肾阴虚”**。这种病因归纳直接指导中风的临床诊治，表明**治疗中风病，熄风、泻火、祛痰是主要的有效大法。实者重视祛痰化瘀，虚者重视滋水涵木。**

8. 中风多见“痰浊蒙窍”，治重“豁痰醒神”

治疗脑卒中常法有二：一是着眼于“肝风”而以《杂病诊治新义》的“天麻钩藤饮”为主方；二是针对“气虚血瘀”而以《医林改错》的“补阳还五汤”为主方。常常疏忽“痰浊蒙窍”的病机。然而脑卒中患者的痰浊随时可见。无论急性期、恢复期或后遗症期，大多患者均见苔腻或黄腻，甚则喉鸣痰多，形体肥胖，而且常伴头重如蒙，胸脘痞满，或者纳呆脉滑。此时如果疏忽“痰浊蒙窍”而单以熄风或补气活血为治，疗效常不显著。加之痰浊不祛，肝风难熄，瘀血难化。因此苔腻的脑卒中要治重“豁痰醒神”法。豁痰宜以《三因极一病证方论》的温胆汤为主方（《卷十·惊悸》）。

根据脑卒中痰浊蒙窍热化居多的特点，对温胆汤宜作如下调整：竹茹功专清热化痰

为君药。枳实消积泻痰也为主药，因其破气太甚而易为枳壳。云苓健脾渗湿，陈皮理气化痰，均为必用的辅佐药。这四味应当连用，方体现温胆汤的祛痰之功。然而半夏性温有毒，生姜味辛而温，大枣味甘而滋，甘草味甘而腻，均不利于脑卒中痰热之证而去之。痰蒙清窍宜豁宜行，故应加入开窍化湿的石菖蒲，行气活血的广郁金。痰浊热化宜清宜化，故应加入清热化痰的胆星、僵蚕或者以天竺黄易竹茹。蒙窍者必蒙神，宜醒宜宁，故应加入醒神的炙远志、生龙牡。

综上温胆汤加减，形成痰浊蒙窍证类脑卒中的新组方，可以列作基本方再视证加减，常有利于临床疗效的提高。

枳　壳 10g　　云　苓 15g　　陈　皮 15g　　石菖蒲 10g
广郁金 10g　　炙远志 10g　　胆　星 10g(或白僵蚕 10g)
竹茹 10g(或天竹黄 10g)　　生龙牡各 30g

9. "化瘀"和"通腑"可提高中风病疗效水平

痰和瘀是两大致病因子和病理产物。痰和瘀又互为因果，常常互结。脑卒中有痰必致瘀，主要表现在舌质的紫暗或紫斑，舌下静脉的显露。故**配用化瘀或辅以活血，是中风病提高疗效的措施**。化瘀法常选六味中药：

1) 川芎：活血，行气，祛风。对中风的内风也有利，而且可以气行血行，又可引药上达病所。一般用量 10g 以内，超量者常致头痛。

2) 丹参：化瘀，凉血，清心。对中风的心肝火盛也有利，而且可以醒神宁心。一般用量 30g 以上，所谓"一味丹参功同四物"。

3) 丹皮：散血，清热，凉血。对中风的火热也有利，凉血还可清心。一般用量 10～15g。

4) 赤芍：化瘀，清肝，凉血。更有利于中风的心肝火盛，也可凉血清心。一般用量 10～15g。

5) 地龙：破瘀，清热，熄风。对中风的火、风都有利，且能镇静宁神。一般用量 10g。

6) 水蛭：破血，逐瘀，透络。对于中风闭窍的痰瘀有豁透之力。其止血或破血的双向调节功能，视用量而异。止血时用量 3g 以下，破血时用量 5g 左右。惟水蛭奇臭，水煎难以服用，可改成研末装入胶囊中服。一般止血时 1g/天以下，破血时用 3g/天。

脑卒中还多见便干或便秘，此乃腑实壅热证。反过来腑实便秘又是脑卒中病情恶化的重要诱因。因此**"通腑法"也是提高中风病疗效水平的重要措施**。通腑法常选也有 6 味中药：

1) 元明粉：峻下，泻火，破结。对中风之火也有助益。然元明粉系峻下药，极易伤正，故宜中病即止。一般用量 5～10g，且应后下。

2) 制大黄：通腑，化瘀，泻火。对中风之火和瘀也有助益。制大黄主要是泻火化瘀，其通腑之力因含有止泻的鞣质，常常通便后更致便秘，故不用生大黄通腑，只用制大

黄泻火。

3）番泻叶：通腑，导滞，和胃。对中风之瘀也有助益。番泻叶通腑之力不能久煮，宜泡饮。可用所煎之汤液趁热冲番泻叶服饮。一般用量3g以内。

4）全瓜蒌：润肠，清热，化痰。对中风的痰和火也有助益。全瓜蒌系润肠之品，不会峻下伤正，可以长用重用。一般用量30g以上。

5）桃仁：润肠，化瘀，去痈。对中风的瘀也有助益。一般用量10～15g。

6）火麻仁：润肠，生津，补虚。润而生津扶正，为平和之品。一般用量15g。

10. 中风恢复期治重"滋水涵木"，不应单一"补气活络"

治疗中风恢复期或后遗症期常法着眼于气虚瘀血阻络，每投大小活络丹、补阳还五汤之类。殊不知痰热祛后，苔腻化薄，肝风内动之本必然显露，故中风的恢复期应治重"滋水涵木"，治本熄风而善后收功。方以杞菊地黄汤为主方。惟要以黄精易山萸肉，两者虽同能滋补肝肾，然黄精更能补气健脾，顾及脾肾的关系，比山茱萸更全且价格便宜。此时还应巧配"活血透络"和"健脾和胃"。

中风恢复期配用活血透络，利于肝风之熄和肢体功能的恢复。其药有6味：

1）泽兰：取其活血舒郁，又能利水退肿。代替在杞菊地黄中的泽泻淡渗泄热、补肾而不滞的佐使作用。一般用量10g。

2）苏木：味辛走散，活血通经，且入心肝脾3经，利于肢体功能的恢复。

3）三七：散瘀和血，多以细末3～6g冲服。

4）鸡血藤：活血又补血，且能舒筋通络，对麻木及瘫痪均有特效。一般用量10～15g。

5）其他：虫类剔络的地龙和水蛭。

中风恢复期配健脾和胃法有两个作用：一是脾胃为生痰之源，从源头上防止痰浊再生。二是脾主肌肉四肢，健脾利于肢体恢复功能。其药有5味：

1）山楂：消食化积，又能活血散瘀，以生用为佳，一般用量15g。

2）莱菔子：消食化积，又能降气化痰，以生用为佳，一般用量15～30g。

3）神曲：消食和胃，以炒用为佳，一般用量15g。

4）薏仁：健脾渗湿，又能缓解肢体拘挛，以生用为佳，一般用量15g。

5）茯苓：健脾渗湿，又能安神镇静，一般用量10～15g。

11. 中风病的膳食宜忌

中风病的膳食有重要的辅助作用，不可忽视。

（1）按证类的不同而各有宜忌

1）肝阳风火证：宜食绿豆、芹菜、菠菜、冬瓜、黄瓜、丝瓜、西瓜、柑橘、梨。忌口羊肉、

鸡肉、狗肉、鲢鱼、韭菜、大蒜、葱。

2）痰瘀阻络证：宜食黑大豆、藕、香菇、菠菜、油菜、南瓜、桃、梨。忌口羊肉、牛肉、狗肉、鸡肉、乌梅。

3）痰热腑实证：宜食萝卜、绿豆、丝瓜、冬瓜、梨、香蕉、芹菜。忌口羊肉、牛肉、鸡肉、鱼虾、鲮鱼、韭菜、辣椒、大蒜。

4）气虚血瘀证：宜食山药、薏仁、莲肉、白菜、冬瓜、丝瓜、木耳、赤小豆。忌口萝卜、山楂、大蒜。

5）阴虚风动证：宜食百合、莲子、薏仁、淡菜、甲鱼、银耳、黄瓜、芹菜、鹿角菜。忌口鱼、鸡、香菜、香菇。

(2) 有5首食谱可以选用

1）芹菜粥：参考《本草纲目》。芹菜连根120g，苡仁250g。芹菜洗净切2厘米小段，与苡仁同入锅内熬粥，加入食盐适量食用。功能清热平肝。

2）杞莲薄荷粥：参考《太平圣惠方》。枸杞子30g，莲肉30g，苡米150g，薄荷15g。莲肉去心洗净，同枸杞子、苡仁入锅熬粥。薄荷另行煎水。食粥时倒入搅匀。功能补气清肝。

3）炒绿豆芽：参考《本草纲目》。绿豆芽250g。去皮根洗净，油锅爆炒去生，加调味食用。功能利三焦，清热毒。

4）清脑羹：参考《饮膳正要》。银耳100g、枸杞子15g、生杜仲100g。生杜仲煎水3次取药汁，银耳洗净入枸杞子加药汁文火炖3～4小时至稀烂，少入冰糖食用。功能滋补肝肾。

5）三鲜饮：参考《医学衷中参西录》。鲜藕120g，鲜茅根100g，鲜梨3个。鲜藕洗净切薄片，鲜茅根洗净加入清水同煮，文火熬30分钟，滤渣取水，兑入梨汁饮用。功能清热化瘀。

12. 中风病提倡防重于治

据流行病学的调查，中风的发病率约为(205～258)/10万人，病死率达(86.03～164)/10万人，致残率为75%。中风常有先兆症，最早记载者为金代刘完素，所撰《素问病机气宜保命集》中风篇曰："中风者，俱有发兆之证。凡人如觉大拇指及次指麻木不仁或手足不用，或肌肉蠕动者，三年必有大风之至。"多数学者认为短暂性脑缺血发作是中风的主要先兆，其第一次发作后，一般3年后有1/3者发生中风。**脑中风先兆征的判断标准有三条**：一是40岁以上人群近来有目眩、头晕、头胀、头痛或短暂性昏厥，单侧肢体麻木，乏力或一过性轻瘫，临床难排除耳源性眩晕、低血糖、脑炎、颈椎病、腰椎病、脊髓病及周围神经炎者。高血压患者出现耳鸣、肢麻或头重脚轻漂浮感。二是经血液流变学测定，呈黏浓凝状态，中风危险率(JF值)达80分以上者。三是19项病史及体征的电

脑分析(采用中风先兆仪)中风积分(T值)达90分以上者。最早提出完整预防中风措施的系清代李用粹,所著《证治汇补》曰:“宜慎起居,节饮食,远房帏,调情志。”目前对中风先兆征的**预防措施**,除控制血压、降脂、控制糖尿病、减肥及口服抗血小板凝聚药及改善红细胞变形能力药如阿司匹林、双嘧达莫等外,还有六条措施。

1) **心理防治**:做到稳、静、乐、松。稳定情绪,制怒安静,乐观无忧,轻松舒适。

2) **起居防治**:寒暑更衣,谨防感冒;按时排便,勿用暴力;步履稳健,切忌跌仆;卧坐慢速,减少弯腰;室内通风,戒烟少酒。

3) **膳食防治**:五要五不要。①要选择和搭配全面的食谱,不要偏食;②要清淡素薄,不要膏粱厚味,炙煿煎烤;③要控制食量,不要暴饮暴食;④要合理分配三餐,不要晚餐过饱;⑤要提倡饮茶,不要过咸。

4) **气功防治**:以卧功、静功为主,调息宁心,意守丹田,“恬淡虚无”。

5) **针灸防治**:根据证情分别采用针刺、艾灸或指针。预防穴位有5个:十二井、百会、风市、足三里、曲池。

6) **中药防治**:有18味预防中风药,可按辨证伍入配方中:槐米、连翘、丹参、钩藤、生牡蛎、赤芍、川牛膝、夏枯草、天麻、菖蒲、首乌、枸杞子、益母草、白蒺藜、生山楂、制香附、麦冬、玄参。

实施上述预防措施,中风的发病率可以明显降低,应当提倡“防重于治”。

13. 高血压不能一味“平肝熄风”

中医没有高血压的病名。根据临床表现,主要相当于“眩晕”,部分包含“头痛”和“肝阳”。

“眩晕”始载于《内经》,称之为“眩冒”。《灵枢·大惑论》曰:“故邪中于项,因其身之虚”,“入于脑则脑转,脑转由目系急,目系急由目眩以转矣”;《素问·至真要大论》云:“诸风掉眩,皆属于肝”;《灵枢·卫气论》曰:“上虚则眩”,“髓海不足,则脑转耳鸣,胫痠眩冒,目无所见,懈怠安卧”。可见《内经》将眩晕的病因归纳为外邪内浸,主要为风邪,分虚实两类,虚者定位于脾肾(“上虚则眩”,“髓海不足”);实者定位于肝。特别是“诸风掉眩,皆属于肝”的病机直接影响后世治眩总以“平肝熄风”立法。东汉张仲景的《伤寒论》和《金匮要略》对眩晕没有专论,但也涉及“眩”,“目眩”,“头眩”,“振振欲擗地”,“身为振振摇”等症状的描述。认为眩晕的病机为痰饮内生,清阳不升,少阳郁热或阳虚不振,水乏清阳,并创建“苓桂术甘汤”和“真武汤”两首治眩效方:“伤寒若吐若下后,心下逆满,气上冲胸,起则头眩,脉沉紧,发汗则动经,身为振振摇者,茯苓桂枝白术甘草汤主之。”“太阳病发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身动振振欲擗地者,真武汤主之。”张仲景的主要贡献在于创立温阳化饮止眩法,是后世眩晕从痰论治的源流。隋唐宋代的医家大多继承《内经》理论,惟独孙思邈提出“风眩”说,以风热,风痰论眩。《千金方·风眩》云:“夫风眩之病,起于心气不定,胸上蓄实,故有高风面热之所为也。痰热相感而动风,

风心相乱则闷瞀，故谓之风眩。”金元时代由于学术争鸣的氛围，对眩晕的认识有了更大的进展，已在病因上弃除从外邪立论，认为内伤是眩晕的主要病机。朱震亨提倡：“无痰不作眩，痰因火动，又有湿痰者，有火痰者”；李东垣从“气虚痰厥”立论，谓之“足太阴痰厥头痛”，组方“半夏天麻白术汤”益气除湿化痰；张从正也从痰立论，主张用吐法祛之“在上谓之停饮，可用独圣散吐之”；刘完素从“火”立论，治疗上力主用寒凉药，《素问玄机原病式》云：“掉，脑也；眩，昏乱旋运也，风主动故也。所谓风气甚而头目眩晕者，由风木旺，必是金衰不能制木，而木复生火，风火皆属阳，多为兼化，阳主动乎，两动相搏，而为之旋转。”明清时代对眩晕的认识日趋完善。明·刘宗厚的《玉机微义·眩运》认为眩晕系本虚标实：“眩晕乃上实下虚所致；所谓虚者，血与气也；所谓实者，痰涎风火也。”张介宾提出“因虚致眩”说，《景岳全书·眩运》：“眩晕，掉摇惑乱者，总于气虚于上而然。”虞抟首创“因瘀致眩”说，《医学正传·眩运》：“外有因呕血而眩冒者，胸中有死血迷闭心窍而然。”清·叶天士提出“水不涵木”说，《临证指南医案》：“肝为风脏，因精血衰耗，水不涵木，木不滋荣，故肝阳偏亢。”总之古代医家视眩均为“因风”，明·王绍隆的《医灯续焰·眩晕》总结得较全面：“高巅而见动象，风性为然，故眩晕者多属诸风，又不独一风也。有因于火者，有因于虚者，有因于死血者，有因于痰者。”近代中西医汇通医家张锡纯著《医学衷中参西录》专设“脑充血门”，认为高血压的病机系：“脏腑之气有升无降，则血随升者之多，遂至充塞于脑部”，因此确立平冲降逆治法，组成“镇肝熄风汤”，成为现今中医治疗高血压的主要代表方。

现代医家在继承的基础上对高血压展开了深入的探索。从病本上认为素体阴阳偏盛偏衰，禀赋不足，脏腑亏损之故；病因上精神紧张，情志不遂，饮食失节，劳逸无度，环境恶化等为其诱因；病机上归纳为风、火、痰、瘀、虚；病位上以肝肾为主，涉及心脾；证类上归结为“肝阳上亢”，“肝风上扰”，“肝肾阴虚”为主；治法上总结出“清热平肝”，“镇肝熄风”，“滋水涵木”，“祛痰化湿”，“活血化瘀”等法；组方上以“天麻钩藤饮”、“镇肝熄风汤”等为代表方；药理上发现不少单味中药的有效降压成分：

1）人参中的皂苷、挥发油、有机酸都有扩张血管和降压效应。特别是皂苷，由于阻滞 M-胆碱受体，激动突触前膜 D_2 受体，减少交感递质的释放而降压。其对血压有双向调节，小剂量升血压，大剂量降血压。可使高血压患者血压下降，而使低血压或休克患者血压升高。

2）黄芪中的 γ-氨基丁酸和黄芪甲苷，直接扩张外周血管而降压，降压特点是迅速但短暂，连续给药无耐受性。

3）当归挥发油中的藁本内酯，正丁烯内酯，对抗血小板释放的 TXA_2 引起的血管收缩。水溶性的阿魏酸钠则抑制 TXA_2 的生成，而扩张周围血管降低血压。

4）杜仲中的绿原酸可扩张周围血管而降压。

5）枸杞中的多糖可保护血管内皮，增加内皮源性舒张因子生成，促进 L－精氨酸的代谢，可增加内皮依赖性的舒张，降低其增强的血管收缩反应而降压。

6）银杏叶中的黄酮类及萜烯内酯可扩张冠状血管，改善脑循环，抑制血小板活化

因子,对抗血管收缩而降压,特别能缓解高血压患者的眩晕头痛症状。

7）葛根中的葛根素为异黄酮单体,具有β-受体阻断作用,还能增强脑血流和脑代谢,所以既降压又减轻眩晕症状。

8）黄柏中的小檗碱,直接作用于血管平滑肌使血管扩张,还能阻断血管平滑肌上的α-受体,降低外周阻力,兴奋突触前膜M受体,抑制去甲肾上腺素释放而扩张血管并能明显降低血糖。小檗碱尤其明显降低舒张压。

9）防己中的异汉防己甲素可阻滞血管平滑肌细胞膜钙通道,除降压外还可减慢心率,明显改善心功能。

这些研究对高血压的疗效水平提高都能起到促进和催化作用。但也显露了不少的弊端,如一味追求中药的现代降压药理疏忽了组方的“君臣佐使”,更丢弃了“辨证论治”;只重“肝阳”和“内风”,一味追求“平肝熄风”,忽视了其他证类的表现,更丢弃了“法随证变”的古训;只框于“天麻钩藤饮”几首代表方中的加减化裁,没能跳出旧框,“重起炉灶”,更无新方的创建。这些都成了进一步提高中医治疗高血压疗效水准的路障。我们要大声提醒:不可墨守,重开新路!

14. 高血压“毒损心络”观的新思路

当代临证实践发现:在新世纪中,高血压患者苔腻常为多见,而血循不畅的舌质紫暗、舌下静脉显露的瘀证亦并非少见,痰和瘀的致病在高血压中日趋增多。回首古训:朱震亨的“无痰不作眩”,虞抟的“死血迷闭心窍”瘀血致眩说,对当前临证十分切中。痰和瘀系病因,又为病理产物,乃为毒邪。高血压是心络受邪所致。**“毒损心络”观是中医诊治高血压的新思路。**

“络病学说”起源并奠基于《内经》。《灵枢·经脉》最早提出“络脉”之称:“诸脉之浮而常见者,皆络脉也。”《灵枢·脉度》区分了经、络、孙之别:“经脉为里,支而横者为络,络之别为孙。”络脉又有十五大络、别络、浮络、孙络之分。《灵枢·痈疽》概括了经脉灌注渗布血气的生理功能:“血和则孙脉先满,溢乃注于络脉,皆盈乃注于经脉。”《灵枢·经脉》则对十五别络的循行及其虚实病证作了阐述。《灵枢·九针十二原》、《素问·三部九候论》提出望络、扪络的诊法和刺络出血的治法。《内经》从生理到病理,从诊断到治法,对“络病学说”都已作了雏形性的描述,开创“络病学说”的先河。对“络病学说”承前启后加以推动者要数东汉的张仲景,他在《金匮要略》中详述了络脉病证(如痹证、水肿、黄疸、肝着、虚劳)的发生均与“络脉瘀阻”的病机有关,于是首创化瘀通络法,特别是虫类剔络法,不少名方如大黄䗪虫丸、抵当汤等至今有效。“络病学说”的鼎盛发展和完善在清代。“络病学说”的理论和临床是由叶天士继承发展和创新的。他将《内经》中有关“络”的概念加以深化,并首次较全面的引申到内伤病病理阐释中,明确提出“久病入络”说,强调“初为气结在经,久则血伤入络”,认为络病虽分虚实,总以络脉阻滞为要,主要病机是络中气滞、瘀血或痰阻,新立通络诸法,是内伤杂病在理论和治疗上的大发展,也

是给后世活血化瘀法的大启迪。清代对"络病学说"有所贡献的还有三位医家,一位是王清任,在《医林改错》中首次将补气和通络法结合,创建益气活血通络法,其代表方"补阳还五汤"和三首"逐瘀汤",对后世临证都有巨大影响;一位是唐容川,在《血证论》中提出"凡血证,总以祛瘀为要",倡导"祛瘀生新"法;第三位是喻嘉言,在《医门法律》中认为"十二经脉前贤论之详矣,而络脉则未之及,亦缺典也",并主张用砭石刺络及内服引经通络药治疗络脉病证。

络脉附属于经脉系统,是由经脉横支别出的支系,分为二系:一是起于四肢,从十四经脉分出,呈向心性方向向内散布,承受各经脉血溢后的灌入,并再渗灌于全身,营阴阳,利关节,濡筋骨;二是内源于脏腑,呈离心性方向向外散布,直达腠理皮肤,故《灵枢·经脉》曰:"诸络脉皆不能经大节之间,必行绝道而出入,复当于皮中。"络脉系统包括大络、系络、别络、孙络、浮络,可见络脉系统是一个网络,遍及全身的各组织结构,形成络脉贯通营卫,环流经气,渗灌气血,互化津液,输布全身的生理功能。《灵枢·本脏》云:"经脉者,所以行气血而营阴阳,濡关节,利大节者也。"实际上经脉的这些功能主要也是通过络脉网络来实现的。因此络脉是保障脏腑气血灌注,通畅气血津液输布的枢纽,维持机体内稳态的重要组成。其道细小,其布广泛,其支众多,其功重要,也可称作"立体多能网络系统"。

由于多种因素导致络脉痹阻、气血津液运行不畅的一类病证,统称络病。其病位在血分,其共性为"瘀阻"。络病的病机不外四端:络脉结滞,络脉蕴毒,络脉空虚和络脉损伤。络脉结滞系邪客络脉,阻遏络道,造成气郁、血滞诸结;络脉蕴毒系指络邪不除,蕴久生毒,主要有湿浊、痰瘀;络脉空虚系络中气血不足,无力运行致气血停滞而为瘀;络脉损伤系"刀针破伤经络",络伤血溢。络病主要表现为血证、痹证、中风、疼痛和眩晕等等,其病性错杂,病根深伏,邪正胶凝,病势缠绵,多属沉疴痼疾,为难治难愈病证。

高血压"毒损心络"观是高血压从"络病学说"诠释的新角度、新视点、新途径。何以见得? 下列"三性"为证。

1) **病机上的关联性**:高血压常常起病隐匿,不少患者无症可见或在体检时方显血压升高,故病程较长。临床上有原发性和继发性之分。一般**年老者体虚多见,年轻者痰浊为主**(如高脂血症、肥胖、过量烟酒等),继发者常见于糖尿病、肾病之后。高血压的重要病机是痰瘀浊毒在体内的累积停留,主要是不能通过络脉的渗注而排出体外,其蕴结主要是阻于络脉。这种病机同络病的虚(络脉气血不足)和实(络中血瘀痰浊)在实质上是相关联的。

2) **证候上的相似性**:高血压的**证候学所见可概括为上盛下虚证**。上盛者眩晕头重,口唇紫暗,舌下络脉青紫,舌质暗红,苔腻脉滑;下虚者腰痠腿软,乏力气短。这些病证与络病表现极其相似。高血压经治不愈,其发展常常累及心、脑、肾、眼底等器官,这些器官血液丰富正是络脉汇聚之处。高血压的证候演变,大致经历三个阶段:**初起肝肾阴虚为主**,表现肝阳或肝风,与络脉空虚相似;**继则痰瘀浊毒阻络**,正如叶天士所言:"邪与气血两凝,结聚络脉",与络脉结滞,络脉蕴毒相似;**终则病久入络**,血瘀津凝,互结互

病，毒损心络，加重病情，变证丛生。

3）**治法上的一致性**：基于高血压"毒损心络"观，其治法当更新为"活络法"。无论痰瘀同治，无论补气祛痰，无论补气化瘀，均同络病之治则，疏通络脉，透达络毒相一致。也就是叶天士治络病"**大凡络虚，通补最宜**"大法的体现。

高血压的西医解释在于微血管与微循环的病理性异常。微循环是由微动脉、微静脉和毛细血管组成的网状结构，连于动静脉之间，微循环内部的微血管互相构通，微循环丛与微循环之间有许多吻合支互相交会，这种结构和分布同络脉极为相近。西医又认为，血管内皮细胞在调节血管的舒缩状态和抗血小板聚集，维持血管壁的完整性上起着关键作用。血管内皮细胞作为血管内膜的主要结构，又有重要的内分泌功能。**血管内皮细胞的凋亡破损及其功能失调，是高血压发生的主要病理生理基础**。这与"络病学说"又有相当的相似之处。实验研究发现中医的"血瘀证"在客观指标的变化上可以看到血流动力学和血液流变性的异常，微循环的障碍，内皮细胞的损伤，血小板功能的亢进以及凝血因子形成并激活，纤溶和抗纤溶系统的启动，红细胞变形性和凝聚性增强等。这可以看做"络病学说"的现代诠释。

基于"毒损心络"的新思路，我们曾以水蛭、莱菔子为主，由5味中药组成"**络活胶囊**"，试治Ⅰ、Ⅱ期痰瘀互结证类的高血压，经与北京降压0号随机对照，降压显效率30.0%，总有效率为85.0%，与对照组疗效相仿（$P>0.05$），但对改善痰瘀互结证候却有明显差异（$P<0.01$），络活胶囊还能改善高血压患者的血液流变性，降低血脂，提升血浆肾上腺髓质素水平，降低血浆组织因子途径抑制物的水平，而且安全无毒。

综上可见，高血压"毒损心络"观的新思路有理论依据，更有临床验证，有进一步深究的价值。

15. 针药并用巩固降压

针灸降压，疗效确切，方法简便，不可忽视。

有人采用艾条温灸双侧涌泉穴并与舌下含服10mg硝苯地平作对比，治疗后30分钟的即时降压效应相仿（$P>0.05$）；有人发现即时降压的穴位还有太冲、阴郄、攒竹等；有人取百会、风池、内关、三阴交为主穴，肝阳加太冲、太溪、肝俞。痰湿加中脘、丰隆、头维、公孙。阴阳两虚加关元、足三里温针灸95例，治疗2～4周，总有效率为88.4%，显示辨证论治的有效性；有人以内关穴和耳穴心相配，其降压效应明显优于单纯耳穴组（$P<0.01$），提示耳体穴协同有增效作用；有人采用平衡针法刺足三里、涌泉、内关，同时口服西药硝苯地平，发现平衡针法配合西药，尤其治疗老年高血压，可提高疗效，减少并发症；有人取羊肠线埋在百会、风池、内关、三阴交、足三里、太冲，并与电针组对照，结果埋线法疗效明显优于电针组（$P<0.01$），表明埋线法有"长效针"作用，而且能明显改善症状；有人采用化脓灸足三里、绝骨并用针刺组对照，结果降压降脂均优于针刺组（$P<0.05$）；有人针刺足三里得气后，加温针灸3～5壮，治疗100例高血压32例Ⅰ期全部恢

复正常。54 例Ⅱ期，显效 41 例，有效 13 例。14 例Ⅲ期，有效 10 例，无效 4 例。

以上仅仅是举例说明针灸降压之效。**针灸降压是多平面、多方位、多环节的调整作用**。如果配合中药，则其效更高。近代大量的实验研究表明**针灸效应的产生有明显的时效性**。一般可分为潜伏期、上升期、高峰期和下降期。这就如同药物的半衰期。如果这种时效性获得证实，取得成果，便可更确切合理地制订留针时间，疗程间隔及长短，再跟中药的半衰期相配，其降压疗效便能进一步提高、巩固、科学化。这是留给人们继续探索的难题热点。

16．2 型糖尿病的立法应由传统的养阴清热转到补气养阴上来

2 型糖尿病又称非胰岛素依赖型糖尿病，也称成年型糖尿病。多发于 40 岁以上，系糖尿病主要发病类型。中医把糖尿病称作"消渴"，始载于《黄帝内经》。《素问·奇病论》曰："此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。"汉代张仲景对其表现和治方有明确的描述。《金匮要略》："男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便亦一斗，肾气丸主之。……渴欲饮水，口干燥者，白虎加人参汤主之。"唐代孙思邈最早发现"尿甜"，要比英国人早一千余年。其在《备急千金要方》中曰："消渴者原其发动，此则肾虚所致，每发即小便至甜"，"虽能食多，小便多，渐消瘦。"宋代《圣济总录》曰："消渴，引水不缀，多至数斗，饮食过人而不觉饱。"金代张从正《儒门事亲》曰："不减滋味，不戒嗜欲，不节喜怒，病已而复作，能从此三者，消渴亦不足忧矣。"元代朱震亨《丹溪心法》曰："酒面无节，酷嗜炙，脏腑生热，燥热炽盛，津液干焦，渴饮水浆而不能自禁。"明代张介宾《景岳全书》曰："三消之病，三焦受病也。上消者，渴证也。大渴引饮，随饮随渴，以上焦之津液枯涸，其病在肺。中消者，中焦病也，多食善饥而不为肌肉，日加消瘦，其病在脾胃。下消者，下焦病也，小便黄赤，其病在肾。此三消者，古人悉认为火证，然有实火者，以邪热有余也；有虚火者，以真阴不足也。使治消证而不辨虚实，则未有不误者矣。"明代赵献可《医贯》曰："治消之法，无分上、中、下，先治肾为急。"清代程国彭《医学心悟》曰："三消之证，皆燥热结聚也。大法治上消者，宜润其肺，兼清其胃，二冬汤主之；治中消者，宜清其胃，兼滋其肾，生地八物汤主之；治下消者，宜滋其肾，兼补其肺，地黄汤、生脉散主之。夫上消清胃者，使胃火不得伤肺也；中消滋肾者，使相火不能攻胃也；下消清肺者，滋上源以生水也。三消之治，不必专执本经，但滋其化源，则病易痊矣。"从以上文献摘要中可以看出：中医对糖尿病的病因、症状、防治等都有较为详尽的描述，特别是将上消定为肺燥，以烦渴多饮为主症，治以清肺润燥，生津止渴法，用消渴方、二冬汤、白虎汤等；中消定为胃火，以消谷善饥为主症，治以清胃泻火，养阴保津法，用玉女煎、调胃承气汤等；下消定为肾亏，以小便频多为主症，治以养阴固肾，润肺滋源法，用六味地黄汤、钱氏白术散、桑螵蛸散等。总之传统对糖尿病的认识均责之于"阴虚燥热"，其治大都以"养阴清热"立法。

20 世纪的 70 年代，我们曾经做 538 例 2 型糖尿病的辨证调研，发现传统的阴虚燥

热证仅占11.80%,而气阴两虚证却占77.51%,余下的10.69%为阴阳两虚证。阴虚燥热证见肺燥的口渴引饮,胃火的消谷善饥,肝火的急躁易怒,心火的烦悸失眠,一般属初期,病程较短,在两年以内,年龄较轻,40岁以下居多;气阴两虚证见心脾气虚的面色㿠白,心悸气短,倦怠乏力,肾阴亏损的腰痠腿软,头晕耳鸣,大都属中期,病程2年以上,中年患者居多;阴阳两虚证见脾肾阳虚的形寒便溏,肢冷胖肿,阳痿胸闷,肾阴不足的腰痠眩晕,大多属后期,病程10年以上,年龄65岁以上居多。根据上述临床调研,我们提出2型糖尿病的立法应由传统的"养阴清热"转到"养阴补气"上来,**重在补气的治疗新思路**,采用补气基本方的新治法,并随证加减。

补气基本方:西洋参另煎兑服3~5g(人参,太子参均可,不用党参,以防其升高血糖),生芪15~30g,生地30~60g,黄精15g,天冬15g,知母15g,葛根10g,五倍子10g。

随证加减法:①肺燥胃火选加生石膏30g,生苡仁15g,玄参10g;②肝火旺盛选加生栀子10g,当归10g,生白芍10g;③心火上炎选加炒枣仁10g,夜交藤30g,黄连10g;④水不涵木选加钩藤15g,天麻10g,生石决明30g;⑤脾肾阳虚选加肉桂5g,肉苁蓉10g,炒白术15g。

以上新法曾经311例2型糖尿病临床观察,其降糖有效率为85.92%,证候改善率为89.21%,服药3个月疗效可持续半年以上。胰岛素释放试验表明:此法能提高胰岛细胞功能,促进胰岛素的分泌,改善葡萄糖耐量而降血糖。表明"养阴补气"法是提高糖尿病疗效的良策。

17. 糖尿病提高疗效的七个关键

1) 根据阴阳互根原理,特别对中老年糖尿病要**重视调整肾的阴阳**,而且应遵循张介宾的古训:**"阳中求阴","阴中求阳"**。即在滋肾阴药中适量选加1~2味温阳而润的蛇床子、补骨脂、肉苁蓉、仙灵脾、菟丝子,以便"阳中求阴";在温肾阳的药中适量选加1~2味滋阴的枸杞子、女贞、何首乌、玄参、天冬、麦冬,以便"阴中求阳"。

2) **根据脏腑相关原理,以间治取效,扩大治疗思路**。如**养心以补气**,选用当归、何首乌、阿胶、炒枣仁、柏子仁;**通腑以润肺**,选用菊花和当归、草决明、肉苁蓉、火麻仁、莱菔子;**泻肝以润金**,选用黛蛤散、生栀子、川楝子、丹皮、泽泻;**柔肝以滋肾**,选用当归、白芍、五味子、枸杞子、女贞子;**宁心以滋肾**,选用黄连、炒枣仁、夜交藤、磁石、鸡子黄;**培土以生金**,选用西洋参、炒白术、云苓、山药、生苡仁。

3) **善于处理虚实夹杂**。应当**先祛邪,后补虚**。**祛邪时防其伤正,补虚时防其恋邪**。如阴虚夹痰时,先投温胆汤祛痰,但要免用燥湿伤阴药如半夏、生姜等。痰祛后,改用六味地黄滋阴,但要免用滋腻药,如熟地、山萸肉,再佐补而不滞药如陈皮、木香、砂仁等;气虚常伴瘀热,此时先投丹栀逍遥散清瘀,但免用破瘀伤气药如红花、水蛭、地龙,瘀清后改用补中益气汤补气并佐和血行气药如郁金、丹参、当归、三七等。

4) **重视天时人和**。中医强调天人合一,天时对疗效的影响甚大,如**投补气温阳法**

在暑天应注意温热助暑之虑，故应免用桂附，易药蛇床子、巴戟肉、肉苁蓉之类并加知柏寒性反佐；**养血滋阴法在严冬时应注意滋腻助阴**，要免用熟地、麦冬，易药生地、黄精、芦根等品并加木香、陈皮、砂仁醒脾。**意疗在糖尿病治疗中尤为重要**。血糖的波动大受情绪心态的影响。意疗总则应遵循《素问·师传》所曰："告之以其败，语之以其善，导之以其便，开之以其苦。"此外还可药物冶情，如养心通脉以定志，投桃红四物汤，疏肝解郁以调情，投逍遥散。

5) **配合针灸，针药并用**。唐代的孙思邈有告诫："凡消渴经百日以上，不得灸刺。"糖尿病因易发皮肤感染，是否选用针灸，学术界存有争鸣。近代针灸治疗糖尿病的报道颇多，作为综合治疗措施中的针灸疗法，临床疗效约在 60%～80% 之间，比较肯定。实验研究也证实针灸确能一定程度地提高胰岛素的分泌能力而降血糖，降尿糖。只要严格消毒，取穴精少，灸治不要出现灸疮。在糖尿病的综合治疗中启用针灸配合，仍为利多弊少，对提高疗效也属关键之一。

体针上，补气多取关元、气海、中脘、足三里。滋阴多取膈、脾、肾俞，三阴交、太溪。口渴加承浆、金津、玉液。易饥加胃俞、丰隆。多尿加复溜、关元。四肢麻痛选加肩髃、曲池、合谷、风市、阳陵、解溪。耳针上，可取胰、内分泌、三焦、肾、肺、脾和膀胱。还可梅花针叩击华佗夹脊。

6) **巧配现代药理证实的降糖中药**。在辨证论治的前提下，根据这些降糖草药的性味功能，以不违背中医理法方药原理，在处方中巧配，可以明显提高降糖作用。降糖作用明显的中草药计有 20 味：生地、山药、苡仁、葛根、花粉、知母、生芪、玉竹、地骨皮、玄参、赤小豆、人参、黄精、泽泻、五味子、五倍子、芡实、桑寄生、郁金、黑豆。

7) **发挥单验方的辅助作用**。有效的单验方在处方中配用对提高疗效也属必不可缺。比如玉锁丹（五倍子、云苓、生龙骨），以及蚕茧壳、猪胰煎、鲜生地汁、浮萍汁等等。

18. 糖尿病的膳食调理法

膳食对糖尿病病人来讲是重要的养生之道，而且密切影响疗效和康复。广大患者和非专科医者都不可能精确计算热量，刻板安排食谱，故"饮食控制"对医患来说都是一个难题。从临床和医患的两个实际出发，我们制订了一套实用可行的糖尿病膳食调理法：

(1) 遵守膳食六原则

1) 保持体力和工作、生活能力。糖尿病人的膳食不能产生饥饿感，更不能丧失生活自理和生活乐趣。

2) 主食（米、面、玉米面、高粱、荞麦面、小米、南瓜等）定时定量必须严格。一般规定脑力劳动，每日 5 两，分配为早餐 1 两，午餐 3 两，晚餐 1 两。体力劳动，每日 8 两，分配为早餐 2 两，午餐 4 两，晚餐 2 两。

3）副食蔬菜不限量，填饱为止。饥饿时以花生、豆类、杏仁、腰果等充饥。

4）严格禁食各种水果（包括猕猴桃、柚子、草莓等，因含糖量均超过5%）、糖类、冷饮、糕点、蜜饯。可以西红柿、黄瓜、凉拌菜代替水果爽口。

5）戒烟酒，忌肥甘，尽量少食木糖醇、甜叶菊等甜味替代品，做到"食不甜甘"。

6）烹调时可用酱油、食油、盐、醋、姜、蒜、胡椒、辣椒等各种作料，但绝不可用糖、糖精等调料。

(2) 掌握食物宜忌

1）有降糖止渴作用的食物可多进：猪胰、山药、豇豆、茭白、苦瓜、苡米、黑木耳、大蒜、芹菜、乌梅、冬瓜。

2）含糖量超过重量5%的食物宜少用、慎用：白萝卜、南瓜、大葱、冬笋、洋葱、蒜苗、鲜豌豆、鲜蚕豆、鲜藕、啤酒、红白葡萄酒。

3）含糖量很高的食物要忌食：胡萝卜、心里美萝卜、红薯、土豆、芋头、粉条、马蹄。

(3) 糖尿病食谱举例

1）生地黄粥（参考《饮膳正要》）：

配方：鲜生地250g、生苡米100g。功效：滋阴生津，凉血除热。

制作：鲜生地洗净切细取汁。苡米淘净熬粥后趁热倒入鲜生地汁搅匀食用。

2）竹叶粥（参考《太平圣惠方》）：

配方：鲜竹叶60片、生石膏100g、生苡米100g。

功效：清热除烦，养胃生津。

制作：竹叶洗净切条，同生石膏放入沙锅内加水熬20分钟，取汁滤渣，生苡米淘净入锅内煮粥，加入盐等适量调料食用。

3）杜仲腰花（参考《本草纲目》）：

配方：生杜仲15g、猪腰250g。

功效：滋补肝肾，健壮筋骨。

制作：猪腰剖开去臊筋切成腰花，用调料适量浸泡60分钟。生杜仲加水熬浓汁60ml并用山药粉兑成薄汁。油锅爆炒腰花，浇上薄汁食用。

4）酱醋猪肝（参考《食医心镜》）：

配方：猪肝500g、乌梅10枚。

功效：滋补肝肾，清热明目。

制作：猪肝洗净切薄片，调料山药粉、鸡蛋清浸泡60分钟。乌梅熬煮取汁60ml。油锅爆炒猪肝，倒入乌梅汁、山药粉勾芡食用。

5）素烩面筋（参考《本草纲目》）：

配方：水面筋60g、山药60g。

功效：养胃补气，清热止渴。

制作：面筋洗净切薄片，山药洗净去皮切薄片。入油锅煸炒成黄色，加调料文火炖至熟透，用苡米粉勾芡食用。

6）油炒苦瓜（参考《随息居饮食谱》）：

配方：苦瓜250g、黑木耳30g。

功效：补脾益气，清热明目。

制作：苦瓜洗净切丝，黑木耳撕小。油锅煸炒苦瓜、黑木耳，加入调料食用。

19. 糖尿病的验方和常见并发症的良方

由临床积累并结合家传，糖尿病有5首验方可以辨证试用。

（1）气阴双补方

银柴胡10g	天　冬15g	玄　参15g	生　地30g
云　苓15g	太子参15g	生杜仲10g	桑寄生10g
黄　柏10g	肉　桂3g	炒枣仁10g	夜交藤30g
青　皮10g	忍冬藤15g		

（2）补气健脾方

太子参30g	黄　精15g	山　药10g	芡　实10g
覆盆子15g	玄　参10g	五倍子5g	五味子10g
黑豆15g			

（3）滋水涵木方

枸杞子15g	黄　柏10g	生龙牡各30g	生杜仲10g
北沙参15g	菟丝子10g	生白芍10g	砂仁10g

（4）养阴清热方

生　地30g	葛　根10g	天花粉10g	麦　冬15g
五味子10g	生苡仁10g		

（5）肺胃双清方

生石膏30g	知　母15g	生苡仁60g包	车前草30g
地骨皮10g	泽　泻10g	桑寄生10g	西洋参5g另煎兑服

上药煎2次取汁，入苡米熬粥分食。

糖尿病有六个常见合并症，西医缺乏治法或疗效不高，中医药却有明显的疗效优势，临床可据证参考应用。

(1) 冠心病

生　芪 15g	北沙参 10g	麦　冬 10g	全瓜蒌 30g
薤　白 10g	菖　蒲 10g	郁　金 10g	丹　参 30g
赤　芍 10g	三七粉 6g冲	西洋参 5g另煎兑服	

(2) 末梢神经炎

杞　果 10g	生　地 30g	黄　精 10g	白　芍 10g
当　归 10g	桂　枝 10g	细　辛 3g	银　花 10g
连　翘 10g	鸡血藤 15g	黄　柏 10g	川牛膝 15g

(3) 自主神经功能紊乱

生　芪 15g	太子参 15g	云　苓 10g	炒白术 10g
车前草 30g	生　地 30g	炙远志 10g	夜交藤 30g
黄　芩 10g	生龙骨 30g	浮小麦 30g	

(4) 泌尿系感染

瞿　麦 10g	萹　蓄 10g	赤　芍 10g	丹　皮 10g
芦　根 15g	生石膏 30g	生大黄 15g	柴　胡 10g
乌　药 10g	猪　苓 10g	黄　芩 10g	白花蛇舌草 30g

(5) 皮肤疖肿

生　芪 15g	银花炭 10g	赤　芍 10g	炙杷叶 10g
黄　芩 10g	制大黄 10g	丹　参 30g	生　地 10g
浙　贝 10g			

(6) 肾动脉硬化症

知　母 10g	黄　柏 15g	肉　桂 3g	丹　参 30g
泽　泻 10g	海　藻 10g	益母草 10g	王不留行 10g
车前草 30g	郁　金 10g	泽　兰 10g	白花蛇舌草 30g

20. 肺系疾病法当祛痰

肺系疾病主要分"咳逆"和"暴喘"两类，主症为咳、喘。在《内经》已有描述。如《素问·藏气法时论》云："肺病者，喘咳，逆气，肩背痛，汗出。"《素问·逆调论》云："夫不得卧，卧则喘者，是水气之客也。"《素问·脉要精微论》云："肝脉搏坚而长，色不青，当病坠若

搏，因血在胁下，令人喘逆。”《素问·至真要大论》云：“诸气膹郁，皆属于肺”，“诸痿喘呕，皆属于上”，“诸逆冲上，皆属于火。”至汉代张仲景在《金匮要略》中专设《痰饮咳嗽病脉证并治》，以痰饮论咳喘，并设射干麻黄汤，所谓：“膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，其脉沉紧。”“咳而上气，喉中水鸣声，射干麻黄汤主之。”《景岳全书》认为：“喘急者，气为火所郁而为痰，在肺胃间也。有痰者，有火炎者，有阴虚自小腹下起而上逆者，有气虚而致气短者，有水气乘肺者，有肺虚夹寒而喘者，有肺实夹热而喘者，有惊忧气郁肺张而喘者，有胃络不和而喘者，有肾气虚损而喘者。”分别 11 种不同病因的咳喘证。《症因脉治》则以燥火和阴虚论治，其谓：“燥万物者，莫燥乎火，故喘症燥火居多，燥火喘逆之治，栝蒌根汤、知母甘橘汤，脉大口渴，人参白虎汤，调益元散，大便结，凉膈散。”“阴血不足，五志厥阴之火触动冲任之火，自下冲上，阴精不足，龙雷之火，直冲上焦，二火上冲，皆名阴虚喘逆之症。”阴血不足者四物汤加竹沥、陈皮、童便。阴精不足者，家秘天地煎（天冬、生地、黄柏、知母、陈皮）、家秘肝肾丸（黄柏、知母、白芍、当归）。

肺系疾病常伴咳、喘、痰、炎、热五个主症，其中**必须抓住祛痰这个环节**。痰祛则咳喘炎热会随之缓解。祛痰者首要分清寒热，其辨不在色而在质。传统说法，黄痰有热，白痰属寒，但临床实际：白黏痰用温肺药反而留痰，黄沫痰用清肺药则反而增痰。故辨痰之寒热以质为准，其色只作参考。一般黏稠痰属热，泡沫痰属寒。祛痰之法视寒热之别而定温清。另外还应重视“脾为生痰之源”，而不能局限于肺，要**配以醒脾和健脾，方能彻底祛痰**。一般热痰配醒脾，寒痰配健脾。**痰为实邪，应当给以出路而分利两便**，利尿润便有利于痰浊的排出。综上所述，祛痰之治的三个环节，即分寒热，顾脾运和利两便。三个环节的主药分列如下：

1）温肺：苏子叶、细辛、白芥子、白前、杏仁、桂枝、紫菀、款冬花。

2）清肺：桑白皮、桔梗、牛蒡子、竹沥、浙贝、前胡、天竹黄、瓜蒌。

3）醒脾：生苡仁、陈皮、云苓、连翘、竹茹。

4）健脾：清半夏、橘红、木香、扁豆、白术。

5）分利：利尿：车前草、白花蛇舌草、冬瓜皮子、芦根、竹叶。润肠：草决明、莱菔子、桃仁、白菊花、当归。

根据中医理论，痰瘀互根，常常互结，加之肺系病常以情绪激动而诱发，所谓“木火刑金”，木火也常致气滞血瘀。故**祛痰时常伍化瘀以提高疗效。化瘀法从清肝和活血着手**。

6）清肝：黛蛤散、栀子、菊花、夏枯草、地龙、薄荷、蝉衣、羚羊角粉。

7）活血：桃仁、川芎、丹参、苏木、泽兰、花蕊石、三七粉。

21. 定喘要分辨虚实

较早提出定喘当分辨虚实要数《景岳全书》，其称：“盖实喘者有邪，邪气实也，虚喘者无邪，元气虚也。实喘者气长而有余，虚喘者气短而不续。实喘者胸胀气粗，声高息

涌，膨膨然若不能容，惟呼出为快也。虚喘者慌张气怯，声低息短，惶惶然若气欲断，提之若不能升，吞之若不相及，劳动则甚，而惟急促似喘，但得引长一息为快也。"《临证指南医案》辨虚实注重肺肾，认为"在肺为实，在肾为虚"，颇具临床价值。

定喘虚实之治大异。实喘治在肺，多用泻肺平喘法。虚喘治在肾，常投补肾纳气法。两者除补泻相异外，虽然以下行来定喘，但实者用降逆，虚者用纳气，大不相同也。

辨喘虚实有三要：一则视喘作状态。实者粗声高，呼少吸多。虚者息弱声低，呼多吸少。二则视兼症。实者胸满喉鸣，面赤便结。虚者神疲畏风，自汗不止。三则视舌脉。实者苔腻质红，脉滑数。虚者舌淡胖，脉细弱。

实喘主方用麻杏射干汤，重在祛风降肺。炙麻黄 10g，杏仁 10g，桑白皮 10g，射干 10g，白果 10g，防风 10g。泻实勿忘配以清热降逆之品，如葶苈子 10g，黄芩 10g，鱼腥草 30g，全瓜蒌 30g，莱菔子 10g，浙贝 10g，车前草 30g，珍珠母 30g，草决明 30g 等。虚喘主方用七味都气丸、人参蛤蚧散，重在调理肾的阴阳。生地 10g，天麦冬各 10g，女贞子 10g，补骨脂 10g，巴戟肉 10g，白人参 3g另煎兑服，蛤蚧粉 5g冲。治虚勿忘配以收敛纳气之品，如五味子 10g，山萸肉 10g，生龙牡各 30g，紫菀 10g，川贝 10g，肉桂 5g 等。

喘证的复发性较大，特别跟外感、情绪刺激和饮食肥甘厚味关系密切，故需注意生活起居，情绪稳定和饮食调养。在**汤剂奏效后仍需服用两个月左右的丸药，以巩固疗效，防止复发**。丸药的选择要标本兼施。**标在祛痰**，热者服清气化痰丸、蛇胆陈皮末。寒者服橘红丸、通宣理肺丸。**本在脾肾**，配以参苓白术丸、肾气丸、附子理中丸、生脉饮、杞菊地黄丸。

家传药酒效方可以试服。

西洋参 10g	生　芪 30g	炒白术 15g	补骨脂 30g
肉苁蓉 30g	生杜仲 15g	射　干 15g	白　果 30g炒熟去壳
川　贝 15g	紫　菀 15g	北沙参 30g	鱼腥草 15g
云　苓 15g	陈　皮 15g	冬瓜仁 15g	五味子 10g
白菊花 10g	桑白皮 10g		

上药泡黄酒 6 斤，密封 15 天后，每晚服半两至 1 两。

22. 止咳之道绝非见咳止咳

《素问·咳论》有训："五脏六腑皆令人咳，非独肺也。"咳喘固然是肺系疾病的主要见证，但是不把思路放宽，不顾及脏腑的关联，见咳止咳，单从肺治，则会影响疗效，常常会见咳止咳而咳不止。

比如，咳痰带血，胸满胁胀，苔黄质红，脉来弦数。此乃"木火刑金"，除止咳外还要配以清肝泻肝，如伍用黛蛤散、生栀子、丹皮、川楝子、薄荷，甚至要配龙胆泻肝方能收咳平血止的疗效。还如干咳咽痒，日久不愈，腰瘦膝软，苔净质红少津，脉象细数。此乃"肺肾阴虚"，除止咳外还要配以养阴滋肾，如伍用生地、沙参、麦冬、百合、女贞、旱莲、芦

根，甚至配以六味地黄丸方能咳定津复。又如久咳神疲，汗多气短，苔薄白，舌质淡，脉沉细。此乃“肺脾气虚”，除止咳外还要配以培土生金，如伍用党参、炒白术、云苓、陈皮、生芪、黄精，甚至加用参苓白术丸方能咳除神复。再如咳呛失眠，夜重日轻，苔薄黄，舌尖红，脉细数。此乃“心肺火盛”，除止咳外，还要配以清心宁神，如伍用炙远志、炒枣仁、夜交藤、竹叶、琥珀粉，甚至配以天王补心丹方能咳止心宁。还有，咳喘喉鸣，纳呆口苦，苔黄腻，脉弦滑。此乃“肺胃实热”，除止咳外，还要配以清胃降逆，如伍用生石膏、知母、生赭石、公英、生牡蛎、生龙骨、竹茹、枳壳方能咳止胃清。如见咳喘便干，腹胀胸满，苔腻脉滑。此乃“肺热移肠”，除止咳外，还要配以涤肠通腑，如伍用莱菔子、大黄、全瓜蒌、草决明、大腹皮，甚至配以承气汤类方能咳停肠清。

总之，咳乃肺之主症，治咳不能单从肺论，要**顾及脏腑之关联，方是止咳之良策。**

23. 阻断高热发挥辨证优势

中医阻断高热始于东汉张仲景，其名著《伤寒论》首创外感病的“六经”辨证论治，流传至今依然富有临床意义。至清代温病学说兴起，叶天士著《外感温热病》，创立了“卫气营血”辨证论治体系。吴鞠通著《温病条辨》，补充了“三焦”辨证论治体系。至此中医阻断高热有了完整的理论体系和独特的治疗方药，并取得了明显的临床疗效。其中**发挥辨证优势是取效的关键。**

20 世纪 70 年代中，我们在广安门医院急诊科曾对急性高热 110 例采用随机单盲分组法观察，西医有明确诊断，体温和病程见下表：

组别	例数	腋下体温(℃)			病程(天)			
		39～39.5	39.6～40	40.1 以上	1/2	1	2	3
中医治疗组	55	35	15	5	11	25	16	3
西医对照组	55	40	12	3	9	14	20	12

西医诊断和中医辨证见下表：

组别	例数	西医诊断					中医辨证		
		化脓性扁桃体炎	上呼吸道感染	病毒性感冒	肺炎	泌尿系感染	风热	风寒	夹湿
中医治疗组	55	28	13	8	5	1	25	8	22
西医对照组	55	25	18	7	3	2	35	10	10

观察方法采用随机卡片抽取定组，抽到中医组按辨证口服中药合剂，肌注中药针剂；抽到西医组，口服 APC，肛用吲哚美辛栓，肌注安痛定注射液，静滴 5%G.S1000ml，如血象偏高再加庆大霉素或红霉素。两组均不作物理降温。

药物加减：①风热者口服清解合剂，以连翘、薄荷、白菊花、金银花，浓煎两汁，约 300ml，消毒后封瓶装好，每 2 小时服 150ml，体温降至 38℃ 以下，恢复早晚各 150ml（以

下同)。②风寒者口服温解合剂,荆芥穗、防风、苏叶、桂枝。③夹湿者口服祛暑合剂,青蒿、生苡仁、藿香。

另外,中药针剂有:①复方地丁针(紫花地丁、野菊花);②柴荆针(柴胡、荆芥)。

疗效对照结果:起效时间(h),治疗组 12.57±0.79,对照组 4.97±0.85,$P<0.05$。体温复常时间(h),治疗组 34.25±2.72,对照组 82.04±3.63,$P<0.01$。治疗组给药途径以口服和肌注方式,对照组以口服和静滴方式,虽然降温起效时间西药明显快于中药,但西药降温有反复,故体温复常时间明显长于中药。中药组改善症状和恢复舌脉的疗效也明显优于西药组 $P<0.05$。表明中医辨证论治用药阻断高热具有反复小、疗程短、改善症状明显的特点。

24. 退热祛邪应当给予出路

退热祛邪要给出路,以便使邪排出体外。人体排邪有三条出路:

1) 从汗而解,宜分辨寒热湿之别而相对立法,**解表祛邪,分辨的关键在于"察舌"**。外感病以薄苔为主,故辨色又是关键中的关键。薄白苔为风寒,当辛温解表;薄黄苔属风热,当辛凉解表;薄腻苔为夹湿,一般为上焦湿热,治当佐以化湿之品如选苡仁、蔻仁、杏仁、竹叶、车前草等;如在暑天则选加清暑化湿的藿香、荷叶、青蒿、六一散等;苔薄腻兼见消化症特别是胸脘痞胀呕恶,表明邪入半表半里,属少阳病,应选佐柴胡、黄芩、半夏、菖蒲、薄荷后下;如见苔厚腻,表明邪已入里,为阳明病,既用生石膏、炒苍术清胃,又用莱菔子、全瓜蒌泻腑,注意少用苦寒和香燥药。热邪与湿邪交炽,临床最难处理。热者寒之,但苦寒过度会恋湿;湿者燥之,但香燥过量又能助热,要掌握适度,选用清而不寒,燥而不温之品为宜,如生苡仁、砂仁、川朴、竹叶、竹茹、连翘、车前草、公英、白花蛇舌草等。舌质在太阳病或卫分证中变化较小,但进入阳明病或营血证时则是证候分类的关键:质红热盛,加大清热之力,选用知母、栀子、黄连,还应配虫类通络,提高清热效应,选加僵蚕、蝉衣、地龙、露蜂房等;质绛热已深入营血,须配清营凉血之品,如选丹皮、赤芍、生地、羚羊角粉、牛角粉、牛黄粉,此时用鲜生地取汁冲服则退热效果更佳,还可选伍镇肝熄风的菊花、生石决明、珍珠母、钩藤,可提高清营效应。解表祛邪不宜太过,以防汗多伤心阳。

2) 从中焦脾胃化解。除选用清胃的生石膏、知母、生苡仁,消导的焦三仙、鸡内金、云苓、陈皮、厚朴、木香、大腹皮外,要配以运转中枢,升清降浊,使清阳上升,得以外卫,浊阴下降,得以祛邪。**运用升降调理,排除邪实,常被忽视**,但却是排邪提高疗效的关键之一。升清药可选用升麻、蝉衣、薄荷、菊花、葛根、川芎、桔梗。降浊药可选用制大黄、莱菔子、车前草、川牛膝、生龙牡。中焦升降排邪其量比汗法要大,但不能过度以防损伤脾胃健运受纳。

3) 分利两便。**从两便排邪,量最大且安全**。但也应注意淡渗而不伤津,润便而不伤气。利尿选用车前草、白花蛇舌草、石韦、泽泻、冬瓜仁、桑白皮。润便选用草决明、全

瓜蒌、桃仁、莱菔子、白菊花和全当归。

25. 抽搐之治先追动风之源再定动风之位

抽搐系四肢不自主的抽动，甚则颈项强直，角弓反张，口噤不开。俗称“抽风”，中医称作“痉病”、“瘈瘲”。常见于某些传染病、感染性疾病所致的脑膜刺激征、高热、高血压脑病、癫痫、代谢性疾病（糖尿病昏迷、尿毒症晚期、低血糖）引起的惊厥症以及破伤风、手足搐搦症等。

抽搐始记于《内经》。分析其病因属风和湿，病位在肝。《素问·至真要大论》云：“诸暴强直，皆属于风”，“诸颈项强，皆属于湿”，“诸风掉眩，皆属于肝”。

《金匮要略》专设“痉湿暍病脉证治”篇，提出“误治致痉”说：“太阳病发汗太多，因致痉。夫风病下之则痉，复发汗，必拘急。疮家虽身疼痛，不可发汗，汗出则痉。”把外感痉症区分为刚柔两痉：“太阳病，发热无汗，反恶寒者，名曰刚痉。太阳病，发热汗出，而不恶寒者，名曰柔痉。”张仲景还创建3张治痉效方：“太阳病，其证备，身体强几几然，脉反沉迟，此为痉，栝蒌桂枝汤主之。”“太阳病，无汗而小便反少，气上冲胸，口噤不得语，欲作刚痉，葛根汤主之。”“痉为病，胸满口噤，卧不着席，脚挛急，必齘齿，可与大承气汤。”

张介宾则主张血液枯燥而致痉：“其病在筋脉，筋脉拘急所以反张，其病在血液，血液枯燥所以筋挛。”

《温病条辨》详辨痉之虚实寒热，主张育阴潜阳为治：“六淫致痉，实证也；产后亡血，病久致痉，风家误下，温病误汗，疮家发汗者，虚痉也；风寒、风湿致痉者，寒证也；风温、风热、风暑、燥致痉者，热证也。”“温病七八日以后，热深不介，口干津液干涸，但觉手指掣动，即当防其痉厥，不必俟其，已厥而后治也，故以复脉育阴，加介类潜阳。”

《温热经纬》认为痉病系肝风热结和湿阻引起：“风湿证，身热痰咳，口渴神迷，手足瘈瘲，状若惊痫，脉弦数者，此热劫津液，金囚木旺，当用羚羊角粉、川贝、青蒿、连翘、知母、麦冬、钩藤之属，以息风清热。”“发痉神昏……若大便数日不通者，热邪闭结肠胃，宜仿承气微下之例。”“湿热证，三四日即口噤，四肢卒引拘急，甚则角弓反张，此湿热侵入经络脉隧中。”

《证治汇补》提出“痰火内炽”和“血不养筋”病机：“昏冒不醒，口眼㖞斜，手足搐搦，左右摇动者，风痰也；若发热面赤，喘嗽生痰者，痰火也。大致由痰火内炽，风热外煽，相搏而成也。”“精则养神，柔则养筋，故气虚筋惕，当用参芪以补之，手得血而能握，足得血而能步，故血虚筋惕，当用归地以润之。”

《医学正传》主张分别外感和内伤：“昔之所谓刚柔两痉者，当以虚实论之是也。一属外感，一属内伤。属外感者为刚痉，属内伤者为柔痉。”

《临证指南医案》提出“水不涵木”说：“五液劫尽，阳气与内风鸱张，遂变为痉。”“水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢，肢体拘挛。”

《杂病广要》主张“十全大补”治痉：“常见痉病，多起于产后及伤寒汗下后，气血大

亏,不能荣筋,筋强而然,须十全大补,少佐附子,以行参芪之气补卫,引归地之性补荣,妙甚。"

《蒿崖尊生》主张:"痉以虚为本,兼火,兼痰,不可能用风药,宜补血降火,清痰祛湿。平木痉风汤,首乌、当归、白芍、黄连、牛膝、秦艽、荆芥、南星、木瓜、钩藤。"

以上为各家对抽搐的代表性观点,归纳起来抽搐的病机有五个:热极生风、肝阳化风、外邪阻络、风毒外侵以及虚风内动。抽搐之治必须追究动风之源,以图其本。因抽搐总由风邪引发,故其治法针对**外邪要祛风**,针对**内风要熄风。其动风之源则有热、毒、痰、瘀、虚五因**,故抽搐的治法有七则:①祛风:荆芥、防风、羌活、蒿本、川芎、菊花。②熄风:地龙、僵蚕、蝉衣、钩藤、天麻、生龙牡。③清热:生石膏、知母、制大黄、葛根、生栀子、丹皮。④解毒:银花、连翘、公英、野菊、板蓝根、黄连。⑤祛痰:胆星、天竹黄、竹茹、竹沥水、清半夏、礞石、全瓜蒌、白附子、海浮石、贝母、莱菔子。⑥化瘀:丹参、丹皮、赤芍、泽兰、益母草、三七、王不留行。⑦补虚:生芪、当归、生地、黄精、仙鹤草、枸杞子、玄参、鳖甲、龟板、鸡血藤。

动风之病位对治疗亦有影响。痉病的病位先则肝心,继则脾肾。在肝心时以实证居多,入脾肾时则以虚证为主。针对病位不同,配以相应的引经药,也是提高止痉疗效的关键之一。①心经:黄连、竹叶、琥珀粉、菖蒲、郁金、炙远志。②肝经:菊花、川楝子、生石决、草决明、薄荷、羚羊角粉。③脾经:葛根、升麻、大枣、白扁豆、云苓、炒白术。④肾经:女贞子、旱莲草、川牛膝、川断、菟丝子、蛇床子。

止痉还可投特效奇药:干海参肠、僵蚕、水蛭、荆芥穗炭按 2:2:1:3 研末,用石菖蒲 30g 煎水送服,每次 3g(可装入胶囊服用),每天 2 次。如系癫狂致痉者再配用攻下法以泄火涤痰,可重用大黄、青礞石、白矾、全瓜蒌、玄明粉或礞石滚痰丸,但要中病即止,以防伤正。

痉病还应调理生活,特别要避免情绪激动,保持心态平衡,心情愉快。另外要忌口辛辣刺激食品,可辅助食疗:苡米芡实粥(苡米 30g、芡实 30g、莲肉 20g、藕 60g、红枣 10g 煮粥食用),苦瓜萝卜汤(苦瓜 60g、白萝卜 90g 煮汤食用),川贝梨(鸭梨 1 个去心,内纳川贝粉 20g,蒸食),山楂茶(生山楂 20g、草决明 30g、白菊花 5g,泡茶代饮)。

痉止后尚需服 1～2 个月丸药以巩固疗效,防止复发。丸药可按下列功用辨证配伍:①调肝:加味逍遥丸。②宁心:牛黄清心丸。③健脾:参苓白术丸。④补肾:杞菊地黄丸。⑤豁痰:礞石滚痰丸。

26. 厥脱证治重"镇肝"、"开窍"、"通阳"及其九法

厥和脱是两个病证。《类经·厥逆》曰:"厥者逆也,气逆则乱,故忽为眩仆脱绝,是名为厥。"《临证指南医案·脱》曰:"阳气骤越,阴阳相离,汗出如珠,六脉垂绝,一时急迫之证,方名为脱。"厥证有三种表现:突发昏厥,不知人事;寒逆之气由腹部上逆心胁;四肢逆冷。脱证分两种:亡阴和亡阳,或称阴脱和阳脱。有的医家将厥脱合称,类似于西医

的休克。

厥证始记于《内经》。专设"厥论",载有九厥:《素问·大奇论》的"暴厥"。《素问·生气通天论》的"煎厥","惊厥","痿厥"。《素问·厥论》的"寒厥","热厥"。《灵枢·缪刺论》的"尸厥"。《素问·五脏生成》篇的"厥疝"。《素问·阴阳应象大论》的"厥气"。《伤寒》、《金匮》论厥以手足逆冷为主:阳虚厥逆(脏厥)用四逆汤(353条,384条)、通脉四逆汤(317条)、白通汤(315条)、茯苓四逆汤(69条);血虚寒厥用当归四逆汤(351条);热深厥深用白虎、承气类(335条);蛔厥用乌梅丸(338条);气郁而厥用四逆散(318条);寒饮厥逆用赤丸;阳虚寒厥用乌头桂枝汤(《金匮要略》第十篇);寒闭厥逆用橘皮汤(《金匮要略》第十七篇)。《景岳全书》专设"厥逆"篇,分为"气厥"和"血厥",并以虚实来辨证:"气厥之证有二,以气虚气实皆能厥也","血厥之证有二,以血脱气逆皆能厥也"。"伤寒之厥,辨在邪气,故寒厥宜温,热厥可攻也。内经之厥,重在元气,故热厥当补阴,寒厥当补阳也。"《儒门事亲》立专论记载肢厥和昏厥,并将昏厥分为尸厥、痰厥、酒厥、气厥和风厥。总之历代医家大致把厥证分为两类:一类是四肢厥冷,一类是昏厥不省。

脱证亦始记于《内经》。以病机对脱证做出分类,有精、气、津、液、血五脱。《灵枢·决气》云:"精脱者,耳聋。气脱者,目不明。津脱者,腠理开,汗大泄。液脱者,骨属屈伸不利,色夭,脑髓消,胫痠耳数鸣。血脱者,色白,夭然不泽,其脉空虚。"《类证治裁》则以部位论脱:"上脱者,喘促不续,汗多亡阳,即脱阳也。下脱者,血崩不止,大下亡阴,即脱阴也。上下俱脱者,类中眩仆,鼻声声鼾,绝汗出,遗尿失禁,即阴阳俱脱也。"《医门法律》主张治脱宜调阴阳:"治分新久,药贵引用,新病者,阴阳相乘,补偏救敝,宜用其偏。久病者,阴阳渐入,宜用其平。""引用之法,上脱者用七分阳药,三分阴药而夜服,从阴以引阳;下脱者用七分阴药,三分阳药而昼服,从阳以引其阴。""普调者使坎中之真阳上升,使离中之真阴下降。"《医学衷中参西录》推崇山萸肉救脱:"萸肉救脱之功较参术芪更胜。"总之,历代医家对亡阳、亡阴相当重视,且以调其阴阳为治,对后世颇有启迪。

厥证的病机有两个:一是气逆,二是窍闭。上逆之气有三种:肝逆者眩晕,胃逆者呕呃,肺逆者咳喘。常常是气逆在先,血、痰、暑、热随气而升,产生厥证。窍有两闭:一是阻闭心窍而卒仆,二是阻闭阳气,不能外达而肢厥。因此治厥大法当为镇肝、开窍和通阳,具体用药为:①镇肝:旋覆花、代赭石、沉香粉、乌药、天麻、钩藤、菊花、草决明、夏枯草、珍珠母、生石决;②开窍:琥珀粉、石菖蒲、炙远志、川芎、黄连、肉桂、竹叶、玄参、连翘。另可动用中药"三宝":凉开用至宝丹,温开用苏合香丸,豁痰用安宫牛黄丸;③通阳:理气活血用四逆散(柴胡、枳壳、白芍、甘草);温经活血用当归四逆散(当归、桂枝、白芍、细辛、木通、枣草);回阳救逆用四逆汤(附片、干姜、甘草)。

厥证虽有虚实寒热之别,但常见兼证,故伍用相应的治法方可止厥。据不同的兼证常用9法:

1) 宽胸理气法:症见胸满腹胀,善太息,脉弦。药用苏梗、蔻仁、沉香粉冲、乌药、大腹皮、旋覆花包、青皮、枳壳、佛手、厚朴、桑白皮。

2) 平肝潜阳法:症见眩晕,目赤,胁胀,易怒,急躁,脉弦数;药用菊花、钩藤、白芍、

珍珠母、生石决、草决明、生龙牡、磁石、地龙、天麻、夏枯草。

3）和胃降逆法：症见呕恶，呃逆，脘胀，纳呆，苔腻，脉滑；药用竹茹、苍术、砂仁、陈皮、法半夏、云苓、藿香佩兰、炒橘核、柿蒂、炙杷叶。

4）清热化痰法：症见咳喘痰黏，头重口黏，舌苔黄腻，脉象滑数；药用竹沥水、全瓜蒌、莱菔子、胆星、贝母、礞石、葶苈子、海蛤壳、海浮石、桔梗、射干。

5）消导和中法：症见嗳腐吞酸，厌食脘胀，舌苔厚腻，脉象弦滑；药用莱菔子、焦三仙、生鸡内金、木香、青皮、公英、连翘、大腹皮。

6）安神宁志法：症见失眠怔忡，心烦且悸，舌苔薄黄，脉象细数；药用琥珀粉、夜交藤、炒枣仁、云苓、炙远志、柏子仁、黄连、肉桂、川芎、菖蒲、郁金。

7）清暑生津法：症见盛夏冒暑，头晕汗多，口渴喜饮，乏力肢困，舌红苔黄，脉象细濡；药用藿香、荷梗、青蒿、薄荷、生苡仁、竹叶、银花、石斛、六一散、西洋参。

8）健脾益气法：症见气短乏力，纳差口淡，脘胀便溏，舌苔薄白，脉象沉细；药用生芪、党参、白术、扁豆、山药、黄精、大枣、仙鹤草。

9）养血敛阴法：症见头晕面白，心悸口干，五心烦热，苔净质红，脉象细数；药用生地、白芍、当归、五味子、北沙参、鸡血藤、何首乌、麦冬、女贞子、百合、乌梅、龟板。

27. 气、血、痰、食、暑、脱六种厥脱诊治

（1）气厥

气厥要辨虚实。实者肝郁气逆，证见口噤握拳，息粗肢冷，舌苔薄白，脉象沉弦。治当理气开郁，四逆散为主方（理气用柴胡、枳壳。和血用白芍、甘草）；虚者阳衰下陷，证见面白汗出，息微肢冷，苔白质淡，脉象沉弱。治当回阳救逆，重用参附汤。

（2）血厥

血厥要辨虚实。实者气逆血菀，证见牙关禁闭，面青唇紫，苔黄质红，脉象沉弦。治当理气活血，膈下逐瘀汤为主方（理气用乌药、香附、枳壳、玄胡。活血用桃红四物）；虚者血虚不固，证见面白唇淡，口张震颤，自汗肤冷，息微舌淡，脉细无力。治当益气固脱，人参养荣丸为主方（八珍汤去川芎加生芪、肉桂、五味、远志、陈皮、姜、枣）。

（3）痰厥

痰厥系痰随气升，上闭清窍。证见喉鸣息粗，胸闷吐涎，舌苔白腻，脉象沉滑。治当豁痰行气，导痰汤为主方（豁痰用温胆、二陈。行气用枳壳）。

（4）食厥

食厥系暴饮暴食，食阻中焦。证见脘腹胀满窒塞，舌苔厚腻，脉象滑实。治当导滞

下行，小承气合平胃散(大黄、厚朴、枳壳、陈皮、苍术、甘草)。

(5)暑厥

暑厥为盛暑中邪，暑热犯心。证见头晕身热，胸闷面赤，继而卒仆，舌苔干红，脉细濡数。治当清暑开窍，用人参白虎汤、玉枢丹。

(6)脱证

脱证应分阳脱和阴脱。阳脱者，阳气暴脱。证见面色苍白，大汗淋漓，气短息微，表情淡漠，形寒肢厥，舌淡无苔，脉来沉弱或微细欲绝。急当回阳救逆，重用人参四逆汤；阴脱者，阴液大伤或温热灼津。证见高热烦躁，口渴喜饮，面色苍白，心悸汗多，尿黄便燥，肢厥不温，舌燥红绛，脉来细数或微细欲绝。急当救阴固脱，重用《景岳全书》的固阴煎(人参、生地、黄精、山萸肉、生芪、山药、麦冬、五味子、甘草)。

总之，厥脱的诊治**首要是辨虚实，先救急后调治**。一般虚证多属寒，自汗息微，脉沉细而微，当回阳固脱，可灌肠参附汤，静滴参附针、生脉针、参麦针，灸神阙、关元、足三里。固脱的中药有：人参、附片、干姜、五味子、麦冬、炙甘草、当归、山萸肉、葱白、黄精、生龙牡；实证多属热，口噤息粗，脉沉实而细，当开窍醒神，可灌肠玉枢丹、安宫牛黄丸、紫雪散，静滴清开灵、双黄连粉针，肌注穿琥宁，针人中、涌泉、合谷，十宣放血。开窍的中药有：菖蒲、枳壳、青皮、胆星、川芎、生石膏、制大黄、羚羊角粉。

针灸和外治对厥脱有明显的辅助作用，要发挥综合救治的优势。一般闭证可取人中、百会、大椎、合谷、足三里、曲池、八邪、八风、涌泉及十宣、委中点刺放血；脱证可灸神阙、关元、气海、肾俞、命门、足三里、三阴交、血海、中脘。耳针也可配合，如取皮质下、肾上腺、内分泌和神门。外治法在《医述》和《百宝秘录》中记有以葱白、食盐炒热后熨脐或腹。《医述》中还记有食醋投入烧红的炭块以醋熏口鼻或用开噤散或细辛、皂角末吹鼻取嚏法等。

厥脱诊治还要祛除诱因，防止复发。气血厥之实证，诱因常见精神刺激，除强调心平气和外，平时可服逍遥丸；血厥可加丹七片、复方丹参片；气厥虚证，诱因常见过劳，失眠，饥饿，受寒，除强调劳逸结合外，可服香砂六君和香砂养胃；血厥虚证诱因常见失血，特别是月经和产后，可常服人参归脾丸；痰厥的诱因常见体胖和肥甘，可常服二陈汤、越鞠保和丸；食厥诱因常见暴饮暴食，可常服保和丸；暑厥诱因常见烈日、高温，可常服十滴水、藿香正气胶囊。

28. 癫狂之治豁痰为先

王冰补注的《黄帝内经素问》释名云："多喜为癫，多怒为狂。"《难经·二十难》则释为："重阴者癫，重阳者狂。"癫证哭笑无常，语无伦次，静而多喜，犹如忧郁型精神分裂症；狂证妄躁打骂，弃衣登高，动而多怒，犹如狂躁型精神分裂症。临床上两证常常兼见

并互相转化，均属神志异常的精神疾病。

“癫狂”始记于《内经》，详述其病因病机及治疗预后。在《灵枢》中还专设“癫狂”篇。①病因：“诸躁狂越，皆属于火”（《素问·至真要大论》），“肺喜乐无极则伤魄，魄伤则狂”（《灵枢·本神》）。②病机：“邪入于阳则狂，搏阳则为癫疾”（《素问·宣明五气篇》），“阴不胜其阳，则脉流薄疾，并乃狂”（《素问·生气通天论》），“阴阳复争而外并于阳，故使之弃衣而走也”（《素问·脉解篇》），“血并于阴，气并于阳，故为惊狂”（《素问·调经论》）。③治疗：“大食人于阴，长气于阳，故夺其食则已，使之服以生铁落饮”（《素问·病能论》），“治癫疾者，常与之居，察其所当取之处，病至，视之有过者泻之”（《灵枢·癫狂》）。④预后：“呕多涎沫，气下泄，不治，……癫疾者，疾发如狂者，死不治”（《灵枢·癫狂》）。

《难经》以症辨癫狂：“狂疾之始发，少卧而不饥，自高贤也，自辨智也，自倨贵也，妄笑好歌乐，妄行不休是也。癫疾始发意不乐，僵仆直视”（《五十九难》）。《金匮》主张“阴气衰者为癫，阳气衰者为狂”。《千金方》认为：“风邪”为患：“风入阳经则狂，入阴经则癫。”刘河间提出“火旺水衰”论：“心火旺则肾水衰，乃失志而狂越。”“喜为心志，故心热甚则多喜而为癫；怒为肝志，火实制金，不能平木，故肝实则多怒而为狂。”朱震亨以“痰”立论：“大卒多因结于心胸闷”，提出“大吐下”立法。《医学正传》以虚实辨之：“大抵狂为痰火实盛，癫为心血不足”，“狂宜乎下，癫则宜乎安神养血并降痰火。”《证治要诀》认为“痰迷心窍”，主张“治痰宁心”：“癫狂由七情所郁遂生痰涎，迷塞心窍。”《古今医统》首次鉴别癫和痫：“盖癫为心病而属实者多，痫为五脏兼病，而属虚者多。”《证治准绳》进一步从证候上鉴别癫狂痫：“癫者或狂或愚或歌或笑，或悲或泣，如醉如痴，言语有头无尾。”“狂者发病之时，猖狂刚暴，甚则登高而歌，弃衣而走。”“痫者发则昏不知人，眩仆倒地，不省高下，甚而瘈瘲抽掣，目上视或口眼㖞斜，或作六畜之声。”《医林改错》开创瘀血致病说：“癫狂一证，乃气血凝滞脑气。”

癫狂的主要病机为“痰迷心窍”，故其治以豁痰为先。癫病多属痰气，狂病多属痰火。前者涤痰为主，还应理气解郁；后者逐痰为主，还应泻火开窍。两者虽异又连：癫病经久，痰郁化火，可转狂病；狂病日久，郁火宣泄而痰气留滞又可见癫病。癫狂常并称合法。治癫狂初期抓住痰浊肝火，治重祛痰泻肝，以导痰汤合生铁落饮为主。祛痰主药为胆星、天竹黄、法半夏、莱菔子、全瓜蒌、僵蚕、石菖蒲，泻肝主药为生铁落、川军、玄参、夏枯草、生栀子、丹皮、龙胆草。后期应注意脾虚心损，治重健脾宁心，以六君子和养心汤为主方，健脾主药为党参、白术、云苓、白扁豆、生苡仁，养心主药为炒枣仁、柏子仁、炙远志、当归。痰浊要有出路，故下法在癫狂的治疗中占重要地位。攻下数次癫狂发作常可明显缓解，一般可重用大黄、礞石、全瓜蒌、草决明、桃仁、玄明粉或服礞石滚痰丸。但攻下易伤正，应当中病即止，不能长用久服。

癫狂常由七情所作，除“意疗”外还应伍用清肝解郁之品，如柴胡、郁金、川楝子、生栀子、夏枯草。痰浊闭窍而癫狂发作还应伍用开窍之品，以凉开为主，如蝉衣、川芎、琥珀、桔梗、黄连、连翘。

癫狂豁痰，**辅以针灸可以提高疗效**，一般发作期应开窍镇静，取百会、人中、内关及

少商刺血。缓解期应健脾固本,取足三里、三阴交、关元,隔姜灸神阙。

29. 脘腹痛寒热虚实之辨和"通则不痛"八法

脘腹痛指胃脘以下至耻骨以上部位的疼痛。内居脾胃、肝胆、大小肠、膀胱、肾和胞宫。系手足三阴、足少阳、足阳明、冲任带脉的循行部位。

《内经》专有"举痛论",首次提出疼痛的病机在于"小络急引","泣而不行","闭不通"。《金匮》据证组方,有的至今仍效验,如肠鸣腹痛,胸胁逆满用附子粳米汤。痛而闭用厚朴三物汤。按之心下满痛用大柴胡汤。绕脐痛,手足厥用大乌头煎。腹胁痛而里急用当归生姜羊肉汤。腹痛手足不仁逆冷兼身疼用抵挡乌头桂枝汤。《伤寒论》重于虚痛论治。中焦虚寒,腹中急疼用小建中汤(102 条),营伤腹疼用芍药甘草汤(29 条),肾虚寒痛用通脉四逆汤(317 条)。《诸病源候论》提出:"久痛属虚"。《医学传真》创立"通则不痛"的治则,而且提出通法不单是"下泄为通",凡调经、和血、补虚、散寒、上举、和解、消导均属通法。《临证指南医案》提出:"久痛入络"的论点,主张虫类剔络止痛。

综上所述,治疗脘腹痛必须有寒热虚实之辨。

辨痛之虚实见下表:

鉴别点	按	食	喜	感	度	气	面	舌	脉
实痛	拒	饱	寒	胀闭	暴	粗	青黑赤	苔黄质红	弦滑
虚痛	喜	饥	热	空虚	缓	短	黄白	苔白质淡	沉细

实痛属热,虚痛属寒。胀痛为气滞,刺痛属血瘀,饱痛为食阻,麻痛发沉属痰浊,阵痛顶撞为虫积。总之实痛以暴痛喜按,苔白脉迟为主,常选投制大黄、丹皮、赤芍、青皮、全瓜蒌、黄芩、丹参、苏木、柴胡、三七、川楝子、玄胡、苡仁、公英;虚痛以隐痛喜按,舌淡脉细为主,常选投生芪、当归、党参、白术、白芍、炙甘草、蛇床子、饴糖。

(1) 脘腹痛,"通则不痛"常用八法

1) 调气:选用川楝子、玄胡、柴胡梢、炒橘核、青陈皮、木香、香附、郁金、厚朴。

2) 和血:选用丹参、当归、三七、川芎、苏木、乳没、蒲黄、赤芍、桃仁。

3) 散寒:选用高良姜、乌药、干姜、蔻仁、沉香。

4) 温经:选用桂枝、川椒、小茴香、云南白药。

5) 补中:选用生芪、党参、白芍、附片、云苓、炙甘草、黄精、大枣。

6) 消导:选用莱菔子、焦三仙、生鸡内金、枳壳、大腹皮。

7) 泻热:选用连翘、公英、制大黄、全瓜蒌。

8) 驱虫:选用乌梅、槟榔、使君子、南瓜子、醋。

(2) 脘腹痛 8 个对症加减法

1) 泛酸:选加生龙牡、煅瓦楞、海螵蛸、吴茱萸、川连、川贝母、鸡蛋皮。

2）呕恶：选加旋覆花、生赭石、伏龙肝、苏梗、竹茹、车前草、生姜。

3）纳呆：选加生苡仁、砂仁、白扁豆、石菖蒲。

4）腹泻：选加煨葛根、泽泻、山药、黄芩、五味子。

5）尿少：选加竹叶、桑白皮、白花蛇舌草、泽兰、冬瓜皮子。

6）黄疸：选加茵陈、金钱草、板蓝根、姜黄、生栀子、黄柏。

7）溃疡：选加白及、川贝、百草霜、白矾。

8）调经：选加益母草、鸡血藤、伸筋草、蛇床子、女贞子、泽兰、川断、生杜仲、桑寄生。

30. 结肠炎的灌肠法

结肠炎可分过敏性和溃疡性两种，常常见左下腹痛，腹泻或便带黏冻脓血，经久难愈。一般口服药难达病所，是临床治疗的难题。如果采用辨证中药保留灌肠，则可取得显效。辨证分脾虚和湿热两类：

1）脾虚证：腹痛隐隐，便带黏冻，纳差气短，苔薄白，舌质淡，脉沉细。投以健脾的异功散加减：

炒白术 15g	云　苓 15g	陈　皮 15g	白参 3g另煎（党参 15g）
生杜仲 15g	炒白芍 15g	炙　草 10g	木　香 10g
煨葛根 15g	仙鹤草 15g	生地榆 30g	乌　梅 15g

2）湿热证：左下腹痛，便前更著，便带脓血，纳呆恶心，舌苔黄腻，脉象滑数。投以清里的葛根芩连汤加减：

煨葛根 30g	川黄连 15g	黄　芩 10g	木　香 10g
生苡仁 15g	玄　胡 10g	生地榆 30g	马齿苋 30g
公　英 15g	苦　参 30g	川楝子 10g	

以上两方均浓煎 2 次，取汁 200ml 左右。每晚灌肠 1 次，每次 100ml，肛管插入 15cm 处（结肠部位），保留 3 小时以上，保留时间越长疗效越好。10 次为 1 疗程。

31. 吐泻之治："抓虚实两纲"、"辨寒热两性"、"追痰滞两因"、"纠阴阳两伤"

吐泻急作也称暴吐暴泻，是常见的急重症。**暴吐者系胃气上逆**，胃内容物突然涌出，反复发作，多见于急性胃炎、幽门痉挛或梗阻、急性胆囊炎、妊娠恶阻、中枢神经系统疾患及神经性呕吐；**暴泻系气机升降失司**，突然暴泻如倾，频繁多水，伴有腹痛肠鸣，随之气脱津损，出现失水形证，多见于急性肠炎、痢疾、秋季腹泻及食物中毒。

《内经》提出呕吐的病因："寒气客于肠胃"（《素问·举痛论》），"火郁之发"（《素问·六元正纪》），"诸逆冲上，皆属于火，诸呕吐酸，皆属于热"，"太阴之复，湿变乃举"（《素问·

至真要大论》)。

《伤寒论》将呕吐列作脾胃主症,用半夏、生姜为主药,共组方21首(见方药篇)。

《金匮要略》设专篇详述呕吐和哕,并组建10首效方(见方药篇)。

《金匮》还第一次提出"胃反"证,并认为有时呕吐是一种保护性反应,不应止呕,"呕家有痈脓,不可治呕","病人欲吐者,不可下之"。可见张仲景在《伤寒》和《金匮》中对呕吐的寒热虚实之辨十分详尽,并创组数十首效方,有的至今仍沿用,对后世医家有较大的示范价值。

《古今医统》认为"卒然而呕吐定是邪客胃府,在长夏暑邪所干,在秋冬风寒所犯。"《仁斋直指方》则将呕吐分成胃寒、胃热、痰水、宿食、脓血、气攻和风邪七类。《景岳全书》则以虚实来分辨,而且提出相应的治法:实证者"或暴伤寒凉,或暴伤饮食,或因胃火上冲,或因肝气横逆,或以痰饮水气聚于胸中,或以表邪传里聚于少阳、阳明之间","治当和胃降逆";虚证者"此即无邪,必胃虚也","如胃阳不振宜温中,如胃阴不足则滋养","若胃实本虚而或停滞,不行者是又虚中有实,不得不暂以清理,然后可以培补;又或虽有停滞,而中气虚困不走者,是又所急在虚,不得不先顾元气而略参清理。"

暴泻也首载于《内经》。《素问·气交变大论》记有:"注下"、"飧泄"、"鹜溏"等病名。病因病机方面《素问·生气通天论》曰风:"春伤于风,邪气留连,引为洞泄";《素问·金匮真言论》曰寒:"长夏善病,洞泄寒中";《素问·阴阳应象大论》曰清气在下:"清气在下,则生飧泄"。《难经》称谓"五泄"。《五十七难》:"胃泄者,饮食不化,色黄。脾泄者,腹胀满,泄注,食即呕吐逆。大肠泄者,食已窘迫,大便色白,肠鸣切痛。小肠泄者,溲而便脓血,少腹痛。大瘕泄者,里急后重,数至圊而不能便,茎中痛,此五泄之要法也。"张仲景则统称"下利"。在《金匮要略》中设有专篇,分为虚寒、实滞和气利三类,并提出实滞者应当通因通用,气利者应当利其小便。《三因极一病证方论》提出情志致泄论:"喜则散,怒则激,忧则聚,惊则动,脏气隔绝,精神夺散,以致溏泄。"《丹溪心法》把泄泻归纳为湿、火、气虚、痰积、食积五因。《景岳全书》主张:"泄泻之本,无不由于脾胃","泄泻之因,惟水火土三气为最","以利水为上策"。《医宗必读》提出治泄九法:提升、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固泄和淡渗。《类证治裁》强调"脾虚不运"。

综上可见,历代医家治泄俱分虚实。虚者健脾升提,实者"通因通用","利小便以实大便",沿用至今,仍是止泄良策。临床归纳吐泻的证类有三个:

1) 暑湿证:寒热吐利,吐物带酸,泄泻水样,头重胸憋,周身困楚,脘腹作痛,口黏肠鸣,苔薄白腻,脉象濡软。治当芳香清暑法,藿香正气散为主方。芳香用藿香、苏梗、厚朴,和胃用苍术、二陈汤,分利用大腹皮。

2) 伤食证:暴饮暴食,嗳腐吞酸,吐物酸臭,带有宿食,泻物奇臭,如败卵味,吐泻反畅,得食愈甚,脘腹痞满,不思饮食,舌苔厚腻,脉象滑实。治当消食导滞,保和丸为主方。消食用神曲、山楂、鸡内金、莱菔子,导滞用木香、厚朴,和胃用二陈汤,清热用连翘。

3) 肝热证:情绪激动,食入即吐,吐物酸苦,泻下急迫,黄褐而臭,泻而不爽,肛门灼热,口渴且臭,烦怒胁胀,舌苔黄腻,脉象弦数。治当清肝化湿,左金丸合葛根芩连汤为

主方。辛开用吴茱萸、木香,苦降用黄连、黄柏,化湿用厚朴。

吐泻急作,来势骤急,变化多端,最易气脱水失。故应先急救后辨证。急救法如下:

1) 暴吐者:灌肠姜汁或鲜姜擦舌。针刺或指针内关、太冲、公孙,耳针取胃穴、枕穴。内服玉枢丹或藿香正气胶囊、盐酸小檗碱片。用纱布摺成 9 厘米长布条束于两肘髎穴,服药吐缓,可以松开。

2) 暴泻者:针刺或指针天枢、合谷、足三里,耳针取大肠穴、小肠穴、交感穴,也可服玉枢丹、藿香正气胶囊、盐酸小檗碱片。

吐泻缓解后就应辨证,抓四个环节:

1) **抓虚实两纲**:吐泻的虚实之别,病之初起属实证,多与胃肠有关。病之后期属虚证,多与脾肾有关。六腑以胃为本,五脏以肾为本。故治实证应以和胃为大法,治虚证应以固肾为大法。和胃以平胃散为主方,尤其应用法半夏和生姜。固肾以肾气丸为主方,尤其应用制附片和炒白术。虚实两纲是急性吐泻的基本辨证。实者通因通用,切勿止涩;虚者补摄固脱,切勿通利。

2) **辨寒热两性**:吐泻有寒热之分,寒者吐物清涎,下物清利,热者吐物酸臭,下物浊臭;寒者脘腹得温则舒,热者脘腹连及肛门灼热不安;寒者畏寒,手足不温,甚至厥逆,热者喜冷恶热,心烦掌汗;寒者苔白腻,脉弦迟,热者苔黄腻,脉弦数。"寒者温之",重用干姜、紫苏,"热者寒之",重用黄连和公英。

3) **追痰滞两因**:吐泻的病机总因升降失司,即清阳不升,浊阴不降,产生浊阴上逆而吐,清阳下陷而泻。升降之中枢在于脾胃,此即"生痰之源",故升降失司必酿痰浊。升降乃气机也,失司者气滞多见。吐泻病因多种,病机多样,但总以痰滞两因为主。凡临证见苔腻,脘腹胀满便是痰滞的主症,其治以祛痰行滞为宜。祛痰者,祛无形之痰浊,用温胆汤最贴切,以竹茹、竹沥水、云苓、半夏、陈皮为主药。如热化苔黄酌加连翘、黄芩,如寒化苔白酌加桂枝、桔梗。行滞者,清肝疏肝为要,用丹栀逍遥散、左金丸最适合,以黄连、栀子、川楝子为主药,可酌加佛手、代赭石、伏龙肝、青皮、生龙牡。

4) **纠阴阳两伤**:暴吐暴泻的后果,势必造成伤阳损阴,产生阳衰及阴竭,应当及时加以纠正,否则变化多端,甚至危及生命。阳衰者,面白肢冷,形寒神疲,喜温恶寒,尿少浮肿,苔薄白质淡胖,脉沉细尺部弱。宜温补脾肾,用附子理中汤,主药是制附片、干姜、白术、参类;阴竭者,五心烦热,脱水皮陷,口干咽燥,苔净或镜面舌,质红少津,脉细数无力。宜滋养阴津,用增液汤,主药是生地、麦冬、玄参、西洋参。阳衰可加静滴参附针,阴竭加参麦针或生脉针。阳衰还可灸神阙、关元、足三里,阴竭还可针三阴交、太溪、血海。

为提高止吐泻的疗效还应**"注重随症加减和勿忘善后调理"**。加减法有 11 条:

1) 升降:蝉衣、升麻、桔梗、川牛膝、生龙牡、桑白皮。

2) 分利:车前草、马齿苋、姜汁、伏龙肝、白花蛇舌草。

3) 风寒:荆芥穗、竹柴胡、防风、桂枝、苏叶。

4) 七情:菖蒲、郁金、香附、佛手、川楝子。

5) 幽门痉挛:钩藤、白蒺藜、菊花、焦栀子、枳壳。

6）胃肠炎：肉蔻、公英、木香，小儿还可加鲜芦根、鲜石斛。

7）痢疾：黄连、煨葛根、秦皮、银花炭。

8）胆囊炎：茵陈、姜黄、金钱草、沉香、板蓝根。

9）中枢性：胆星、川芎、珍珠母、牛黄、丹参、菖蒲、葛根、天麻。

10）妊娠：黄芩、苏梗、炒白术、桑寄生、陈皮。

11）食物中毒：绿豆汁、生甘草、金银花。

暴吐暴泻虽止，但肠胃升降气机的康复非易，为巩固疗效，防止复法，要配以善后调理，其法有三：一是以保和丸每餐后服15粒或香砂养胃丸早晚各服2g，连服1月，调整好肠胃功能；二是按摩内关、足三里，每次10分钟，每天1次，连用1月，调理保健；三是食疗调养，可常服锅巴米加焦三仙水煮食、苡米粥调姜汁、鲜马齿苋做包子或凉拌食，还可用绿豆汤、莲子汤、藕粉、梨汁、荸荠汁、鲜芦根汁等清养胃阴。

32．痢无止法，通有七则

痢疾以腹痛，里急后重，痢下赤白脓血为主症，常流行于夏秋之季。《内经》名为"肠澼"，《金匮要略》名为"下利"，《济生方》名为"滞下"，《丹溪心法》首次提出"疫痢"。《医宗必读》确立的治痢大法颇具临床价值："如因于湿热者，去其湿热；因于积滞者，去其积滞；因于气者调之；因于血者和之。新感而实者可以通因通用；久病而虚者可以塞因塞用。"《局方发挥》以有无里急后重和脓血便来鉴别泄泻和痢疾，很有临证意义。《医学心悟》创制的"治痢散"至今仍有效：以葛根为君，提胃气上行；陈茶、苦参为臣，清利湿热；麦芽、山楂为佐，清消宿食；赤芍、陈皮为使，行血调气。

历代医家对痢疾共有13种命名：

1）白痢：湿热滞于气分，痢下色白，黏冻如鱼脑。

2）赤痢：湿热滞于血分，痢下纯血，又叫"血痢"。

3）赤白痢：肠中气滞，肠络损伤，下痢脓血相杂。

4）疫痢：毒入营血，病急症重，高热寒战，腹急剧痛，痢下脓血稠黏，甚则斑疹昏迷。

5）寒痢：炎热贪凉，过食生冷不洁，寒伤脾阳，下痢色白，质稀气腥，苔白脉迟，又叫"冷痢"。

6）风痢：内伏风邪，伤于脾胃，先泻后痢，肠鸣腹痛或纯下鲜血而后重，脉沉细弦。

7）暑痢：夏季感受暑热，内夹积滞，腹部绞痛，下痢赤白，发热面垢，呕逆汗多，烦渴尿少。

8）气痢：湿热郁滞，气机不畅，腹胀排气，粪如蟹冻，稠黏臭秽；中气下陷，肠虚不固，腹胀排气，粪随气下。

9）久痢：脾肾虚衰，日久不愈，常带黏血，排便无力，腹部隐痛，纳差形瘦，甚则脱肛，又叫"迁延痢"。

10）休息痢：痢发初起，止涩太过，肠中积热未尽或饮食失节，或过服寒凉而脾肾阳

虚，下痢屡发屡止，日久不愈。

11）水谷痢：脾胃气虚，消化不良，腹部微痛，粪夹食渣脓血，纳少肢倦。

12）噤口痢：湿热结肠，损伤胃气，胃降受劫或久病脾胃两伤，胃失和降，下痢纳呆或呕不能食。常见于疫痢、湿热痢的危重阶段。

13）五色痢：肠中滞热未尽，早用止涩或痢后脾肾两虚，下痢脓血，杂以多色。

痢疾的证治有四类：

1）湿热证：下痢赤白脓血，肛门灼热，里急后重，小溲短赤，苔腻质红，脉象滑数。宜清热化滞，主方葛根芩连汤。

2）疫毒证：急病壮热，腹部剧痛，下利脓血鲜紫，烦渴引饮，苔黄燥，质红绛，脉滑数。宜清热解毒，主方白头翁汤。

3）寒湿证：腹痛绵绵，常有下坠，下痢色白，黏如鱼脑，白多赤少，头身困重，脘满纳呆，小溲清长，舌苔白腻，脉来迟濡。宜温中化滞，主方胃苓汤。

4）虚寒证：腹部隐痛，久痢白黏，口淡食少，神疲肢凉，腰痠畏寒，苔白质淡，脉沉细弱。宜温肾固涩，主方真人养脏汤。

治痢大法：初痢宜通，所谓"痢无止法"；久痢宜涩，所谓"不固不止"。

初痢多为实证，热证，忌用收涩止泻之品，立法"通因通用"，其通有七则：

1）清热：葛根、黄连、黄芩、大黄、公英、马齿苋。

2）化湿：白头翁、秦皮、苍术、厚朴、生苡仁、玉枢丹。

3）导滞：木香、槟榔、山楂、神曲、枳壳、二陈汤。

4）镇痛：白芍、甘草、川楝子、玄胡、香附。

5）凉血：生地榆、赤芍、丹皮、生地、连翘、银花炭。

6）熄风：钩藤、僵蚕、蝉衣、生石决、羚羊角粉、防风炭。

7）开窍：水牛角、菖蒲、郁金，偏于清热解毒，豁痰开窍用安宫牛黄丸，偏于清热镇痉用紫雪散，偏于开窍镇痉用至宝丹。

久痢多为虚证，寒证，其治一方面要温补脾肾，用四君、理中、附桂之类，如选附片、白术、桂枝、干姜、炮姜炭、党参；另一方面要收涩固脱，选用诃子、补骨脂、赤石脂、肉蔻、乌梅炭，尤应留意湿热的留滞不尽，仍应佐入黄连、黄芩之类。

因痢好发于夏秋，此时暑湿最盛，故**治痢常佐清暑之品**，如选藿佩、荷叶、薄荷、生苡仁、六一散，香薷、白芷、苏叶之类。痢疾最易复发，尤是"食复"、"劳复"，痢止后可再服一段香砂六君及香连丸，以防复发。

33. 退黄之要在于利湿

"黄疸"之名始见于《内经》。《素问·平人气象论》云："目黄者，曰黄疸"。黄者指目、身、小便之"三黄"也。疸者，胆也，系胆汁外溢而致黄。黄疸跟西医称谓相同，多见于肝炎、肝硬化、肝癌、胆道疾患、溶血性黄疸及钩端螺旋体病。

《素问·六经正纪大论》首载黄疸的病因系“湿热相交”。黄疸的阴阳之别源于《伤寒论》:“瘀热在里,身必发黄”,兼见“小便不利”,“茵陈蒿汤主之”(类于“阳黄”,见238条);“寒湿在里不解故也”,“身目为黄”,“此为不可下也,于寒湿中求之”,但张仲景没有组方(类于“阴黄”,见260条)。直至元代的《卫生宝鉴》方建立阳黄、阴黄的辨证论治体系。张仲景在《金匮要略》中专有黄疸篇(第十五篇),提出其总因为湿,“黄家所得,从湿得之”。其治则为“但利其小便”。而且首创“五疸”之名(黄疸、谷疸、酒疸、女痨疸、黑疸)。“急黄危候”始记于《诸病源候论》:“热毒所加,故卒然发黄,心满气喘,命在顷刻,故云急黄也。”《圣济总论》也有急黄之称。急黄相当于西医的急性重型肝炎。胆黄之机源于《景岳全书》:“胆伤则胆气败,而胆液泄”,故名胆黄。张介宾还提出“阳证多实,阴证多虚”,“阳证利小水,阴证培正气”的治黄原则。瘟黄之名最早见于《沈氏尊生方》:“天行疫疠,以致发黄者,俗称之瘟黄,杀人最急。”瘀血发黄记于《张氏医通》:“腹胁胀块,大便必黑”,投桃核承气汤,“下尽黑物则退”。《临证指南医案》对阳黄、阴黄的证治更明确:“阳黄之作,湿从火化”,“黄如橘子色,阳主明,治在胃”,以清胃利湿为主;“阴黄之作,湿从寒化”,“色如薰黄,阴主晦,治在脾”,以健脾化湿为主。

黄疸应当辨别阳黄、阴黄。其鉴别有六点:

1)病机:阳黄平素胃火偏旺,湿从热化;阴黄平素脾阳不振,湿从寒化。

2)病性:阳黄多急性,病程短,属热证、实证;阴黄多慢性,病程长,属寒证、虚证。

3)病证:阳黄色黄鲜明,尿赤,便秘结,口苦且干,初有寒热,苔黄腻舌质红,脉滑数;阴黄色黄晦暗,尿淡黄,便不实,口淡无味,伴有神疲,苔白腻舌质淡,脉细软。

4)病类:阳黄热重于湿或湿重于热,热毒炽盛,多见急性黄疸型肝炎、钩端螺旋体病;阴黄脾虚寒湿或瘀血内停,气虚血亏,多见慢性肝炎、慢性胆囊炎、胆结石、肝硬化。

5)治方:阳黄清利退黄,茵陈蒿汤为主方。从表解用麻黄连翘赤小豆汤,从中解用栀子柏皮汤,从里解用茵陈蒿汤。阴黄温中退黄,茵陈术附汤为主方。轻者用茵陈五苓散,重者用茵陈四逆汤。

6)转化:阳黄失治或误用苦寒,损伤脾阳,转成阴黄;阴黄过用温燥,伤阴化燥,转成阳黄;阴黄重感外感,湿热内蒸,转成阳黄。

综上所述,可见黄疸均不离湿邪为患,故退黄之要在于利湿。要重用茵陈,一般用15g,宜后下,因其活性成分怕热。湿邪之去有四条:从汗泄,选用杏仁、桔梗、菖蒲、蝉衣;从土燥,用苍术、法半夏、川朴、藿香;从尿渗,选用苡仁、云苓、猪苓、车前草、泽泻、竹叶、蔻仁、六一散;从便排,选用大黄、全瓜蒌、枳壳、桃仁、大腹皮、草决明、莱菔子。利湿者,一是重用茵陈,二是分利两便,三是分辨寒热,阳黄属热加栀子、黄柏,阴黄属阴加附片、白术。

退黄还需要有对症加减之配合:

1)胆道被阻,气机不畅者兼见胁痛引背,便白溲赤,如属蛔虫梗阻选加乌梅、川楝子、槟榔、使君子,属胆石梗阻选加柴胡、金钱草、郁金、川楝子、玄胡、姜黄、生鸡内金。

2)胆热及胃升降失司兼见脘胀纳呆恶心,选加苍术、法半夏、竹茹、枳壳、神曲、生

鸡内金、川连、大腹皮、木香。

3）瘀阻日久，腹胀结块，肝脾肿大，腹筋显露，面黑肌错，选加鳖甲煎丸、丹参、夏枯草、生牡蛎、莪术、海藻。

4）热入营血，动血扰神兼见高热神昏，斑疹显露，选加安宫牛黄丸、黄连、栀子、连翘、银花、大青叶、牛黄粉、羚羊角粉。

5）黄疸日久，必有虚象，选加生芪、党参、生杜仲、桑寄生。

6）中西配合，酌加药理作用之品。①降转氨酶、絮状试验：野菊花、白花蛇舌草、板蓝根、败酱草、银花、白茅根。②转澳抗阳性：生芪、当归、黄精、枸杞子、沙参、女贞、大枣、首乌。③消脂肪肝：泽泻、生山楂、首乌、柴胡、郁金、草决明、黄精。④软化肝硬化：鳖甲、山甲、丹参、郁金、生牡蛎、夏枯草、海藻、莪术。⑤退肝硬化腹水：白术、莱菔子、大腹皮、桑白皮、桔梗、生芪、玉米须。

34. 通便大法寒热虚三要

"便秘"是临床的常见症。便秘有三种含义：一是大便干燥，3～5日以上才排便1次，《伤寒论》名为"不更衣"；二是次数正常，但粪坚难排，名曰"燥矢"；三是时有便意，粪质并不干燥，但排出艰难，系气虚不能化津，肠枯所致，名作"脾约"。历代尚有七个别称：

1）阳结：邪热入胃，大便燥结的阳明腑实证，又称热结。

2）阴结：脾肾虚寒，多日不解，虽有便意，难于排出，腹无胀满。

3）寒结：阴寒凝滞，常伴肠鸣腹痛，尿清口淡，苔白，又称"冷秘"。

4）燥结：病邪化热，结于肠胃，灼伤津液，常伴潮热，腹胀且痛，尿赤，苔黄燥，又名"胃家实"。

5）风秘：风热外感，大肠燥结或中风患者，肠胃积热而见便秘。

6）气秘：忧愁思虑，久坐少动，气机郁滞，传导失职，脘腹胀满，便秘自发。

7）热结旁流：阳明腑实证的另一种表现，泄出黄臭粪水而不见燥屎。

《内经》没有直接道明"便秘"的证情，把排便的功能归于大肠和肾："大肠者，传导之官，变化出焉"，"水谷者，常并居于胃中，成糟粕而俱下于大肠"，"肾开窍于二阴"。对"便秘"详尽辨治者，要数医圣张仲景，在《金匮》中组建3张效方：治"气秘"的"厚朴三物汤"（小承气汤加大厚朴用量）。治"冷秘"的"大黄附子汤"（后被《普济本事方》发展成"温脾汤"，成为治疗冷秘的主方）。治"虚秘"的"麻子仁丸"（后被《温病条辨》发展成"增液汤"，成为治疗阴虚便秘主方）。在《伤寒论》中组建承气汤类，成为寒下法的代表方（250条、218条、213条）。还首创外导通便法，如肠枯津亏用蜜煎导，兼有热者用土瓜根及猪胆汁导（235条）。至《医学心悟》以实、虚、热、冷四纲对"便秘"的诊治描述详尽：阳明胃实而闭，"小承气汤下之"；老弱产妇，肠胃不润虚闭，"四物汤加松仁、柏仁、苁蓉、枸杞子、人乳之类以润之，或以蜜煎导而通之，若气血两虚，则用八珍汤"；阳结热闭，"宜用

清药及攻下之法，三黄枳术丸主之”；阴结冷闭，“理中汤加归芎主之”。

大凡通便之法，抓寒、热、虚三要。便秘最多见者系阳结热秘，面红身热，口臭唇疮，小溲黄赤，舌黄质红，脉象滑数。属里实热证，常投寒下法，用大黄、玄明粉，尚需佐引气下行药如枳实、厚朴、全瓜蒌、青皮。阴结寒秘，便涩尿清，面白肢冷，腹中冷痛，喜暖恶冷，苔白质淡，脉象沉迟，属里实寒证，常投温下法，用附片、干姜、肉桂、法半夏，也须佐引气下行药如厚朴、乌药、莱菔子、肉苁蓉。虚秘者，大便努挣难下，面皖心悸，舌淡脉细，常投养血润肠法，用生地、当归、桃仁、麻仁、柏子仁、郁李仁，也须佐引气下行药如枳壳、川朴。另外还须依虚伍药，如气虚血亏伍当归、人参（名黄龙汤），阴虚伍生地、玄参、麦冬（名增液承气汤）。也可用蜂蜜、甘油外导；番泻叶泡饮，生首乌、白菊花、全当归煎服，黑芝麻、核桃、杏仁、松子仁研碎蜂蜜调服。

35．湿温难治

清·薛生白著《湿热病篇》是“湿温”的代表作。其病因为“太阴伤脾，湿饮停聚，客邪再至，内外相引，故病湿热”，由外感湿热，内伤湿困脾胃，由外合邪而致的一种外感热病。好发于夏秋之间，相当于西医的伤寒、副伤寒等病。

薛氏云：“湿热病属阳明太阴者居多，中气实则病在阳明，中气虚则病在太阴。病在二经之表者，多兼少阳三焦，病在在二经之里者，每兼厥阴风木。”阳明者胃也，水谷之海，太阴者脾也，湿土之脏。此外，“膜原者外通肌表，内近胃府，即三焦之门户，实一身之半表半里也。邪由上受，直趋中道，故病多归膜原。”因为“湿温”以湿邪为主，病变涉及脾胃，多以中焦脾胃为中心，纵然在表，亦多归膜原，所以“湿温”既别于“伤寒”，又异于“温病”，为特殊的外感热病。湿邪重浊腻滞属阴邪，与热蕴蒸不化而胶黏难解，故“湿温”病缓程长，缠绵反复，尤其久留气分阶段，湿温难治。

“湿温”有阶段性。薛氏云：“湿热证，始恶寒，后但热不寒，汗出，胸痞，舌白，口渴不引饮。”“湿温”初起，困遏卫阳，故也见卫分证（恶寒，身热不扬，头重如裹），但为时短，且伴湿邪蕴脾的气分证（身重肢倦，胸闷脘痞，大便先干后溏，苔腻脉软），呈现卫气同病，表现为湿中蕴热的湿重于热证。

表证消失后（恶寒除）便进入漫长的气分阶段。此时发热渐增，朝轻暮重，稽留不退，湿邪蕴脾也更明显。分为湿重于热证（偏于脾），主症身热不扬，身重肢倦，便溏。热重于湿证（偏于胃）主症高热，纳呆，脘痞，呕恶。或湿热并重证。此阶段还可弥漫三焦，如郁蒸肌腠而外发“白痦”（“湿温病”的特殊体征，多发于颈项胸腹皮肤，为细白的水泡，状如水晶，破之流淡黄色浆液，也称“晶痦”。治痦常加苡仁、竹叶渗湿透热。如色白如枯称“枯痦”，为气液枯竭，难治）。如内蕴肝胆可见黄疸，上蒙清窍则生神迷，下注膀胱引发尿闭。如气分湿热蕴久不解，必化燥化火，此时同于一般温病的传变。如热在气分，多燥热伤津或胃肠腑实，热在营血可见斑疹、血证和昏厥。最易损伤肠道血络，多发便血，甚至造成气随血脱的危证。

“湿温”后期，顺者，一为余热正虚而气阴不足；二为胃纳未振，三为脾虚不运。逆者，阳气受损，出现肾虚水停的变证，所谓的“湿胜则阳微”。

“湿温”总的治则有3要：

1）三法化湿：宣透化湿，湿从汗解；畅中燥湿，湿从燥解；淡渗利湿，湿从溲解。

2）偏重论治：湿重于热，化湿为主，湿去热孤而退；热重于湿，清热为主，兼以化湿；湿热并重，化湿清热兼施。

3）阶段治则：初期卫气同病，以化湿为主；入气分按偏重论治；化燥化火后，按一般温病论治；后期顺证，关键是醒胃健脾，逆证当温阳利湿。

“湿温”病七个证类的诊治：

（1）湿遏卫气证

1）主症：身热不扬，体表初扪不太热，扪之稍久有灼手感，恶寒少汗，头重如裹（卫分证），身重肢倦，胸闷脘痞（湿邪蕴脾），舌苔白腻，脉象软濡。

2）鉴别：其与伤寒表证均见发热恶寒，头痛少汗，但其有五点相异：①病因不同。湿温以湿邪为主，热蕴湿中，是表里同病；伤寒以寒邪为主，纯属表证。②寒热不同。湿温恶寒轻，为时短，属身热不扬；伤寒恶寒较发热重。③痛楚不同。湿温头身痛不著，以胀沉昏晕为主；伤寒头身痛明显，以痛为主。④兼证不同。湿温伴胸闷脘痞；伤寒不伴湿阻证。⑤舌脉不同。湿温苔白腻，脉濡软；伤寒苔薄白，脉浮紧。

3）立法：化湿为主（开上、宣中、渗下）。

4）方药：表湿重者用藿朴夏苓汤，湿中蕴热用三仁汤，开肺利气（杏仁），畅中燥湿（蔻仁、法半夏、厚朴），淡渗利尿（苡仁、泽泻、云苓、猪苓），解表湿（藿香、豆豉），泄湿热（竹叶、滑石）。

5）三忌：忌辛温发汗，易上蒙清窍而神昏；忌攻下过早，易伤脾胃阳气而洞泄；忌滋腻阴柔，易湿滞不化而病缠。

（2）邪伏膜原证

1）主症：寒甚热轻，身痛有汗，手足沉重，呕逆胀满，苔白厚腻，脉软而缓。

2）鉴别：症见寒重热轻，头身疼痛，苔白而类乎伤寒太阳证。但以有汗湿阻（胀满呕逆），苔腻而可鉴别。

3）立法：宣透膜原。

4）方药：《时病论》雷氏方。宣化（藿香、法半夏、生姜），疏利（厚朴、槟榔、草果），清化（黄芩）。

5）注意：性偏温燥，一旦湿化热透，热邪偏重应及时转为清化立法。

（3）湿郁中焦证

1）主症：湿热并重，交蒸郁中，发热渐高，汗出不解，朝轻暮重，渴而少饮，痞闷呕

恶，便溏溲赤，舌苔黄腻，脉象滑数。

2）立法：化湿清热。

3）方药：王氏连朴饮。化湿（厚朴、法半夏、菖蒲），清热（黄连、栀子、豆豉、芦根）。

（4）湿热蕴毒证

1）主症：发热口渴，胸腹痞胀，肢倦身黄，咽肿尿赤，舌苔黄腻，脉象滑数。

2）立法：化湿解毒。

3）方药：甘露消毒丹。化湿（藿香、蔻仁、菖蒲、滑石、茵陈），解毒（黄芩、连翘、射干、贝母、薄荷）。

（5）痰蒙心包证

1）主症：湿热证兼见神识昏蒙谵语。

2）鉴别：与热闭心包均见神志证，但有三点不同：其一，神志程度不一。湿痰以昏蒙为主，程度较轻，谵语时作时休；热闭以昏迷为主，程度较重，谵语不休且妄。其二，兼证不一。湿痰有湿热兼证，以湿阻为显（身热暮重，胸脘痞满）；热闭有热陷心营兼证，以热重为显（灼热肢厥）。其三，舌象不一。湿痰苔黄腻；热闭质红绛。

3）立法：清热豁痰开窍。

4）方药：菖蒲郁金汤。清热（栀子、连翘、菊花、丹皮、竹叶、滑石、牛蒡子），豁痰（菖蒲、郁金、竹沥水、生姜汁），开窍（玉枢丹），热重（至宝丹），湿重（苏合香丸）。

（6）下注膀胱证

1）主症：湿热中阻证兼见小便不利。

2）立法：淡渗分利。

3）方药：茯苓皮汤。化湿（茯苓皮、猪苓、大腹皮、生苡仁），清热（竹叶、通草）。

（7）热重于湿证

1）主症：热盛阳明（胃）兼见湿蕴太阴（脾），壮热烦渴，身重脘闷，苔薄黄腻，脉象滑数。

2）立法：清气化湿。

3）方药：苍术白虎汤。清气（生石膏、知母），化湿（苍术、生苡仁）。

湿温病有三个变证宜妥善处置，以防生变：

1）化燥便血：灼热烦躁，便血色鲜，舌质红绛。急宜凉血止血，投犀角地黄加地榆炭、银花炭、侧柏叶。

2）气随血脱：便血不止，面白肢冷，汗出舌淡，脉来微细。急宜益气固脱，独参汤救急，黄土汤温阳止血。温脾阳（附片、白术、伏龙肝），养血（生地、阿胶），清余热（黄芩）。

3）湿胜阳微：形寒心悸，面浮肢肿，小便不利，苔白质胖，脉象沉细。急宜温阳利

水，用真武汤。温阳（制附片、生姜），健脾（白术、云苓），敛阴（白芍）。

湿温病要注意善后收功：

身热虽退，仍有余邪，气机不畅，胸腹微痞，知饥不食，苔薄黄腻，脉象细软。应清理余邪，醒脾和胃，方用五叶芦根汤。清理余邪用芦根、冬瓜仁，醒脾和胃用五叶（藿香、薄荷、荷叶、枇杷叶、佩兰）或以芦根、菊花、乌梅煎水送保和丸，或针刺内关、足三里。

36. 肝炎诊治不可只顾湿热

中医认为“肝炎”系湿热为患，大都从湿热论治，投用“茵陈蒿汤”。殊不知，“肝炎”的证类决非单一的“湿热证”，有的夹痰瘀，有的脾胃失健，有的肾亏失调，故诊治“肝炎”不可只顾湿热，只有“辨证论治”方可提高疗效。

（1）痰瘀互结证

1）主症：胁满头重，纳呆口黏，面暗肤糙，肝掌明显，舌苔黄腻，质紫有斑，脉象不畅。

2）治法：祛痰化瘀，清利湿热。

3）方药：血府逐瘀汤合温胆汤。

泽　泻 10g	竹　茹 10g	枳　壳 10g	茵陈 15g后下
云　苓 10g	陈　皮 10g	莱菔子 15g	丹　参 30g
桃　仁 10g	赤　芍 10g	野　菊 10g	车前草 30g
菖　蒲 10g	郁　金 10g		

（2）脾胃失健证

1）主症：神疲乏力，心悸气短，纳差便溏，胁脘微胀，舌苔薄白，脉象沉细。

2）治法：健脾和胃，清利湿热。

3）方药：香砂六君子汤。

炒白术 10g	云　苓 10g	陈　皮 10g	人参 3g另煎兑服（党参 15g）
生　芪 10g	木　香 10g	砂　仁 10g	川楝子 10g
玄　胡 10g	当　归 10g	金钱草 15g	炒白芍 10g

（3）肾亏失调证

1）主症：腰痠头晕，精神不振，形寒或烦热，纳谷不香，胁区隐痛，苔薄质淡，脉沉细弱。

2）治法：调肾阴阳，清利湿热。

3）方药：杞菊地黄汤。

枸杞子 10g	白菊花 10g	生　地 10g	当　归 10g
黄　精 15g	泽　泻 10g	丹　皮 10g	山　药 10g

蛇床子 10g　泽　兰 10g　川　断 15g　生杜仲 10g
桑寄生 10g　丹　参 30g　连　翘 10g　板蓝根 30g
生鸡内金 15g　白花蛇舌草 30g

总之，肝炎诊治，在**急性期虽以清利湿热为主，但不要疏忽痰瘀互结的存在**。清利湿热应重用茵陈、板蓝根和车前草。祛痰主药是莱菔子、竹茹，化瘀宜投丹参、桃仁。**慢性期湿热已非主要，出现脾肾之虚，要重视扶正，健脾调肾之法**，以便提高免疫，增强体力，方能排除病毒，此乃“扶正以祛邪”矣。健脾重用参芪、白术，调肾以滋为主，用枸杞子、生地、当归等，佐以“阳中求阴”，选用蛇床子、生杜仲、桑寄生等。肝炎诊治的这套新思路，对各类肝炎，特别是乙肝转阴乃获效之良策。

37. 肾炎不能单纯健脾温肾

大凡肾炎之治，框于“健脾温肾”之中，大多投“肾气丸”、“真武汤”之类。殊不知，肾炎的中医证类决非单纯的“脾肾阳虚”，在急性期，“风水束肺”有之，在慢性期“湿热下注”更有之。守法轻证，法证不符，焉能奏效？故肾炎之治不能单纯健脾温肾。

(1) 风水束肺证

1) 主症：风水束肺，影响升降，水邪停滞而见头面浮肿，尿少腰痠，头晕且沉，苔薄白腻，脉浮紧滑。大多见于急性肾炎、肾病综合征急性期。

2) 治法：开鬼门，洁净腑，宣肺利尿法。

3) 方药：越婢加术汤。宣肺：桔梗、白菊、蝉衣、桑白皮、葶苈子炒。利尿：车前草、白术、泽泻、冬瓜皮、云苓。升降：川芎、川牛膝。

(2) 湿热下注证

1) 主症：尿频量少，脘胀纳差，头重肢肿，时有腰痠，苔腻脉滑。

2) 治法：清利湿热。

3) 方药：滋肾通关合四妙丸。

黄　柏 10g　知　母 10g　肉　桂 3g　生苡仁 15g
川牛膝 15g　车前草 30g　泽　泻 10g　泽　兰 10g
海　藻 10g　丹　参 30g　炒苍术 10g　白花蛇舌草 30g

治疗肾炎不论何种证类均应**配以利尿解毒和活血化瘀二法，这是增效良策**。

利尿解毒常选用车前草、白花蛇舌草、桑白皮、泽泻、生苡仁、云苓、冬瓜皮。活血化瘀常选用丹参、益母草、王不留行、川芎、地龙、泽兰、生山楂、三七粉。

38. 血证的分部辨治

“血证”又称亡血。指血不循经运行而溢出脉外的病证。包括咳血（又称咯血、痰

血、唾血),吐血(又称呕血),衄血(齿衄、鼻衄、大衄、舌衄、肌衄、倒经),尿血(溲血、溺血、血淋),便血(后血、血泄、圊血、远血、近血),宫血(崩漏、崩中、漏下、血崩)。

《内经》分析了血证的病因病机:"心主血,肝藏血,脾统血"(《素问·决气》)。"胞移热于膀胱,则癃尿血"(《素问·气厥论》)。"怒则气逆,甚则呕血"(《素问·举痛论》)。"结阴者,便血一升,再结二升,三结三升"(《素问·阴阳别论》)。"阳络伤则血外溢,血外溢则衄血;阴络伤则血内溢,血内溢则后血"(《灵枢·百病始生》)。《伤寒论》指出"亡血家","衄家"均应禁汗,否则生变证(《太阳篇》)。《金匮要略》创组四首效方:"吐血不止者,柏叶汤主之","下血,先便后血,此远血也,黄土汤主之","下血,先血后便,此近血也,赤小豆当归散主之","心气不足,吐血、衄血,泻心汤主之"(《吐衄下血篇》)。朱震亨治血证以四物汤为主方"阳常有余,阴常不足"。血证系阴虚阳盛之因,故以四物汤加减通治血证。《济生方》立"血热妄行"论。《景岳全书》以"火"和"气"论治血证:"血动之由,惟火惟气耳。故察火者,但察其有火无火;察气者,但察其气虚气实。"《先醒斋医学广笔记》提出治血三诀:"宜行血不宜止血"以使血循经络而不瘀;"宜补肝不宜伐肝",以免损肝之体而血不藏之;"宜降气不宜降火",气有余便是火,降气即可降火。唐容川的专著《血证论》主张治血四法:"惟以止血为第一要法,血止之后,其离经而未吐出者是为瘀血","故以消瘀为第二法","又恐血再潮动,则须用药安之,故以宁血为第三法","去血既多,阴无有不虚者矣","故又以补虚为收功之法"。

综历代之说,血证的诊治归为四类:

1) 血虚内热,血热妄行证:五心烦热,血色鲜红,苔净质红,脉象细数。清热凉血法,用犀角地黄汤。

2) 心血不生,脾不统血证:面眺气短,心悸纳差,血色淡红,舌苔薄白,脉象沉细。益气摄血法,用归脾汤。

3) 瘀血阻络,血不归经证:刺痛定痛,血色瘀暗,舌见紫斑,脉来细涩。祛瘀生新法,用桃红四物汤。

4) 命门火衰,阳虚及阴证:形寒浮肿,血色淡稀,苔薄白质淡胖,脉沉细尺弱。温阳涩血法,用黄土汤。

见血不可单纯止血,更不能一味投炭。首要者,分清其因,分辨其证,分析其性,辨证论治方可奏效。一般寒象多虚证,可投益气收摄之品,如选生芪、参类、当归、阿胶、大枣、仙鹤草、赤石脂、乌梅炭、伏龙肝、乌贼骨等;热象多实证,可投凉血生新之品,如选生地炭、丹皮、赤芍、侧柏叶、茜草、旱莲草、白茅根、生栀子、大黄炭、小蓟、丹参、血余炭、花蕊石、三七粉等。

根据不同的出血部位,依证配伍是止血的重要治法,直接关乎疗效,此即血证的分部辨治:

(1) 咳血

1) 肺主卫,外邪常先犯肺,如兼见发热咽痒,舌苔薄黄,脉象浮数。应**佐清肺祛风**

的桑叶、菊花、银花、连翘、橘红、防风炭、杏仁、炙杷叶。

2）肺为娇脏，久咳伤阴，如兼见五心烦热，咽燥盗汗，舌质红，脉细数。应**佐润肺敛阴**的百合、麦冬、贝母、白芍、五味子、生牡蛎、白薇。

3）木火刑金，如兼见胁痛易怒，苔黄质红，脉象弦数。应佐**清肝泻肝**的黛蛤散、栀子、桑白皮、黄芩炭、地骨皮、白茅根、藕节炭。

4）咳血同咳痰关系密切，**止血先止咳，止咳先祛痰**，如用止血粉（由川贝、三七、花蕊石、蛤壳组成，它们的份量比为1:1:2:2，研末装胶囊，每次服3g，每天3次）。

5）肺与大肠相表里，肺热可以移肠，如兼见大便较干，可选加**润肠**的全瓜蒌、草决明、大黄炭、莱菔子、桃仁、白菊花和当归，利于增加止血之力。

（2）吐血

1）胃主纳，**以降为顺**，应注意胃热气逆，如兼见脘胀，泛有食渣，舌苔黄腻，脉象滑数。应佐以泻胃降逆的大黄炭、川连、生石膏、生赭石、竹茹、焦三仙、陈皮炭。

2）胃热的来源常有两个：一是**肝火犯胃**属实，兼见胁疼口苦，舌绛脉弦。应佐清肝的龙胆草、夏枯草、丹皮、栀子、黄芩炭；二是**阴虚火旺**属虚，兼见五心烦热，腰痠口渴，舌红脉细。应**佐滋肾**的生地炭、天冬、怀牛膝、女贞子、旱莲草、枸杞子。

3）应注意酗酒过度而生痰湿和饮食不节而致**食滞**。应**佐祛痰消导**的云苓、木香、莱菔子、生鸡内金、连翘、焦三仙、蛤壳粉、生龙牡。

4）吐血同呕吐关系密切，止血先止吐，可选投陈皮、竹茹、伏龙肝、生赭石或针内关、太冲。

（3）鼻衄

1）鼻为肺窍，如兼见鼻燥息热，苔黄质红，脉数。应**佐清肺**的桑白皮、黄芩炭、银花炭、炙杷叶、沙参、玄参、阿胶。

2）肺合大肠，如兼见便干肠燥，舌苔黄燥，脉象细滑。应**佐通腑**的全瓜蒌、大黄炭、桃仁、枳壳、莱菔子、草决明、白菊花和全当归。

3）肝火迫血，如兼见眩晕躁怒，苔黄质红，脉象弦数。应**佐泻肝**的龙胆草、栀子、野菊、丹皮、夏枯草。

（4）齿衄

1）龈属胃络，如兼见龈肿引饮，苔黄质红，脉象弦数。应**佐清胃**的生石膏、知母、川连、茅根、花粉、石斛。

2）齿为骨余，如兼见五心烦热，腰痠眩晕，苔净质红，脉象细数。应**佐滋肾**的黄柏、知母、生地炭、麦冬、山药、丹皮、泽泻、枸杞子、女贞子。

（5）舌衄

1）舌为心窍，如兼见口疮尿赤，舌尖红脉来数。应**佐导赤**的竹叶、车前草、连翘、知

母、黄柏、肉桂、白茅根、小蓟。

2）瘀血阻络，如兼见舌质紫斑，心区刺痛，心悸不宁，脉象弦数。应**佐活血**的丹参、蒲黄炭、血余炭、栀子、三七粉。

(6) 肌衄

1）脾主四肢肌肉，如兼见乏力纳差，舌淡苔白，脉象沉细。应**佐健脾**的生芪、参类、云苓、当归（气血关系）、银柴胡、青皮炭（土木关系）、阿胶珠、地骨皮、知母（肺脾关系）、附片、白术、伏龙肝（火土关系）。

2）心主血脉，如兼见心悸失眠，舌质紫暗，脉象弦细。应**佐养心化瘀**的生地炭、当归、赤白芍、川芎、三七粉、炒枣仁、云苓、麦冬、仙鹤草、琥珀粉。

(7) 尿血

1）心热移肠，如兼见口疮舌尖红，脉细数。应**佐清心导赤**的竹叶、小蓟、车前草、生地、六一散、琥珀粉。

2）膀胱湿热如兼见尿频、尿急、尿痛，舌苔黄腻，脉象滑数。应**佐以清利湿热**的连翘、赤小豆、泽泻、生苡仁、苍术、茵陈、黄柏、川牛膝、海金砂。

3）心肾不交，如兼见五心烦热，腰痠失眠，舌尖红，脉细数。应**佐以交通心肾**的川连、肉桂、知母、黄柏、生地炭、旱莲草。

4）气化失司，兼见尿血色淡，尿频畏寒，腰痠神疲，舌质淡，脉沉细。应**佐温肾固涩**的菟丝子、杜仲炭、金樱子、生龙牡、赤石脂、肉桂炭。

(8) 便血

1）大肠湿热如兼见大便不爽，血下污浊（脏毒）或鲜血如注（肠风），舌苔黄腻，脉象数软。应**佐清肠导湿**的地榆、葛根、木香、黄芩炭、黄柏、生苡仁、炒苍术、苦参、银花炭。

2）阳虚气陷，如兼见便溏畏寒，舌淡脉细。应**佐温阳升提**的伏龙肝、附片、白术、阿胶、白芍、升麻炭、炮姜炭、生芪、白及。

3）肺热移肠，如兼见便干鼻燥，舌红脉弦。应**佐清肺润肠**的全瓜蒌、黄芩炭、大黄炭、荆芥炭、炙杷叶、桑白皮、侧柏叶。

4）传导之官，热毒瘀结兼见便血紫暗，污臭难闻，纳呆腹胀，舌苔黄腻，舌质红燥，脉象滑数。应**佐化瘀解毒**的槐角、赤小豆、马齿苋、三七粉、白花蛇舌草、木香。

(9) 宫血

1）以肝为本，如兼见胁胀易怒，舌红脉弦。应**佐疏肝清肝**的银柴胡、生栀子、丹皮、黄芩炭、薄荷炭、香附、川楝子、菖蒲、郁金。

2）天癸与冲任有关，如兼见腰痠背寒，轰热神疲，舌淡脉细。应**佐调理冲任**的女贞子、菟丝子、桑寄生、补骨脂、蛇床子、金樱子、鹿角霜、河车粉、肉桂炭。

3）胞宫畏寒，如兼见宫血色淡，腹凉喜暖，阵阵隐痛，苔白脉迟。应**佐暖宫收涩**的芡实、炮姜炭、肉桂炭、赤石脂、乌梅炭、乌贼骨、乌药、香附、生芪、党参。

4）胞宫多瘀，如兼见宫血紫块，腹痛拒按，腹部肿块，舌质紫斑、脉象细涩。应**佐祛瘀生新**的益母草、丹参、三七粉、红花、当归、炒橘核、鸡血藤、焦山楂、茺蔚子、泽兰、川牛膝、桂枝。

5）下病上取，如兼见阴挺乏力，舌淡脉细。应**佐补中升提**的生芪、阿胶、当归、升麻炭、荆芥炭、薄荷炭。

6）宫血要抓经前调气，选用柴胡、木香、香附、炒橘核、丹皮、白芍、川楝子、菖蒲、郁金。

根据中药的现代药理学，分部止血还可酌加下列止血药：

咳血（阿胶珠、仙鹤草），吐血（白及、侧柏叶），鼻衄（黄芩炭、大黄炭），齿衄（白茅根、生石膏），肌衄（生地炭、银柴胡、丹皮、茜草），尿血（小蓟、连翘、琥珀、血余炭），便血（地榆、槐角、荆芥炭、伏龙肝），宫血（益母草、茜草、藕节炭、乌贼骨），提升血小板（水牛角、仙鹤草、当归、白芍、肉苁蓉、女贞子、菟丝子、石韦、鸡血藤、商陆），增加毛细血管抵抗力（槐米、白茅花、板蓝根、连翘、秦艽）。

选用炭药。现代药理研究发现，并非一切炭药均能增加止血之力。如侧柏叶、地榆炒炭，其止血力反而减弱。血证据其寒热分别选用下列炭药则可增强止血之力：炮姜炭、肉桂炭、杜仲炭、艾叶炭、生地炭、银花炭、黄芩炭、大黄炭、藕节炭、栀子炭、山楂炭、血余炭、陈皮炭、蒲黄炭。

血证除分部辨治外还应注意三要：

1）**根据升降之理，用好上提下导法**：血上溢于口鼻齿肌，应佐下导之品，如川牛膝、赤石脂、滑石、竹叶、大黄炭；血下泄于二阴，应佐上提之品，如升麻炭、薄荷炭、荆芥炭、生芪。上提者量宜轻，下导者量宜重。

2）**防止血瘀**。古人有训："宜行血不宜止血"。一味止血，血虽止必致瘀。为防血止后的血瘀，可用两法：一是在止血方中稍佐和血药如川芎、丹参、鸡血藤、三七粉，或稍佐行气药，如郁金、木香、陈皮、柴胡等；二是止血后以四物汤加减善后。如血止后见虚象可用熟地、砂仁、当归、白芍、5g以下的川芎，选加首乌、大枣、生芪、党参、丹参、三七、木香、陈皮，以养血为主，佐以行气和血。如血止后见实象，则用生地、归尾、赤芍、10g的川芎，选加三七、枳壳、青皮、木香、川牛膝、鸡血藤以行气和血为主，佐以养血。

3）**避免伤胃**。见血一味追求凉血，血虽止势必伤胃气。因此古人有训："宜降气不宜降火"。为防止伤胃有四个措施：一是投**用苦寒凉血药要适可而止**，掌握用量和疗程；二是**应用热性反佐**，如加一味肉桂炭、干姜炭、炮姜炭、艾叶炭等；三是**少用凉血药，多用降气药**，如选沉香、降香、青皮、川牛膝、白菊花、珍珠母、生龙牡等；四是**加用和胃药**，如选焦三仙、生鸡内金、云苓、砂仁、芦根、乌梅炭、陈皮炭等。

39. 五类痹证诊治

"痹"者闭也。因气血不畅而引发筋骨、肌肉、关节处的疼、痠、重、麻、木。涉及颈项痛、腰背痛、肩痛、肘痛、手痛、膝痛、足痛和身痛各部，包括风湿、类风湿及肌肉风湿证。其名及病因首记于《内经》。《素问·痹论》有云："风寒湿三气杂至，合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也。"《金匮要略》称为"历节"，主张寒湿者用"乌头丸"，风湿者用"桂枝芍药知母汤"。金代李东垣、元代朱震亨称为"痛风"，主张"薄桂味淡者，独此能横行手臂"。《济生方》以虚立论："皆因体虚，腠理空虚，受风寒湿气而成痹也。"

"痹证"有五类，其诊治分述于下：

(1) 痛痹

1) 主症：寒重痛著，阴天加重，着凉更甚，得温则舒，形寒肢凉，苔薄白，舌质淡，脉象沉细小弦。

2) 立法：散寒活络。

3) 主方：附子细辛汤。

细　辛 3g　桂　枝 15g　鹿角霜 15g　制川草乌各 10g(先煎0.5小时)
伸筋草 10g　威灵仙 10g　五加皮 10g　赤白芍各 10g
丹　参 30g　云南白药 1g冲

(2) 湿痹

1) 主症：关节肌肉痠胀肿麻，沉板不展，晨起加重，稍动缓解，纳差口黏，神疲肢困，苔腻脉滑。

2) 立法：利湿活络。

3) 主方：茵陈四逆散。

柴　胡 10g　枳　壳 10g　生苡仁 15g　茵　陈 15g后下
木　瓜 10g　防　己 10g　海桐皮 10g　赤白芍各 10g
稀莶草 10g　路路通 10g

(3) 热痹

1) 主症：筋骨关节红肿热痛，冷敷则缓，甚则红斑结节，口渴尿黄，苔薄黄，舌质红，脉弦数。

2) 立法：清热活络

3) 主方：苍术白虎汤

炒苍术 10g　生石膏 30g　知　母 15g　生苡仁 10g

忍冬藤 30g　车前草 30g　地　龙 10g　黄　柏 10g
秦　艽 10g　络石藤 15g

(4) 瘀痹

1) 主症:筋骨关节肿胀畸形,活动受阻,刺痛固定,苔薄白,质紫斑,脉弦涩。
2) 立法:化瘀活络
3) 主方:活络效灵丹(《医学衷中参西录》)
丹　参 30g　当　归 10g　红　花 10g　苏　木 10g
片姜黄 10g　川　芎 10g　乳　没各 10g　郁　金 10g
三七粉 6g冲　水蛭粉 3g冲

(5) 久痹

1) 主症:痠楚隐痛,劳累加重,晨起缓解,入暮明显,缠绵反复,体虚神疲,心悸乏力,舌苔薄白,脉象沉细。
2) 立法:补虚活络
3) 主方:独活寄生汤
生　芪 15g　当　归 10g　生杜仲 10g　桑寄生 10g
鸡血藤 15g　桂　枝 10g　白　芍 10g　天　麻 10g
川　断 15g　老鹳草 10g

治"痹证"还要随症加减:①止痛:野木瓜、玄胡、丹皮、松节、寻骨风、徐长卿、蚕砂、五灵脂。②除麻:泽兰、海风藤、丝瓜络、路路通、土鳖虫、赤芍、陈皮。③退热:青蒿后下、地骨皮、银柴胡、白菊花、竹叶、白薇、秦艽、车前草。④降血沉:忍冬藤、车前草、黄柏、生苡仁、秦艽、川牛膝、鸡血藤、生芪、苍术、防己。⑤降抗"O":银花、连翘、生甘草、马勃、玉蝴蝶、蝉衣、板蓝根、僵蚕。

治"痹证"要善用引经药,使药到病所:①颈椎:葛根、升麻。②胸腰椎:狗脊、川断。③上肢:桑枝、羌活。④下肢:牛膝、独活。⑤足跟:骨碎补、鹿角霜。

现录家传6则效方,供临证参考:

1) 痹证急性发作方
炒苍术 10g　银柴胡 10g　秦　艽 10g　茵　陈 15g后下
生栀子 10g　防　己 10g　枳　壳 10g　车前草 30g
陈　皮 15g　赤　芍 10g　威灵仙 10g　三七粉 6g冲

2) 肾虚腰痛方
蛇床子 10g　女贞子 10g　生杜仲 10g　桑寄生 10g
补骨脂 10g　肉苁蓉 10g　鸡血藤 15g　老鹳草 10g
五加皮 10g　青　皮 10g　川　断 15g

3) 足跟麻痛方

生　地 10g　当　归 10g　生白芍 15g　川　芎 10g
鸡血藤 15g　伸筋草 10g　骨碎补 10g　鹿角霜 15g
陈　皮 15g

4）骨刺方

生白芍 60g　威灵仙 30g　川　断 30g　木　瓜 15g
炙甘草 10g
浓煎饭后服

5）痛风方

野菊花 10g　生苡仁 15g　泽　泻 10g　野木瓜 10g
天　麻 10g　车前草 30g　玄　胡 10g　白　芷 10g
丹　皮 15g　石　韦 10g

6）药酒方

桂　枝 10g　赤白芍各 10g　生　芪 10g　制川草乌各 10g
当　归 10g　威灵仙 10g　松　节 15g　木　瓜 10g
黄　柏 10g　狗　脊 15g　生杜仲 10g　桑寄生 10g
鸡血藤 15g　陈　皮 30g　牛　膝 15g　桑　枝 30g
泡酒 5 斤，15 天后，每次服 0.5～1 两。

40. 六郁者木郁为先初实久虚

"郁"者，滞而不通。朱震亨创"六郁"之说，计有气、血、痰、湿、热、食六郁，组"越鞠丸"方治之。其实六郁中以木郁为先，指情绪抑郁而造成的气滞证。《内经》首创"木郁达之"说(《素问·六元正纪大论》)，成为后世治疗郁证的重要指导思想。《金匮要略》组建 3 首治郁效方："百合病"的百合地黄汤，"脏躁证"的甘麦大枣汤，"梅核气"的半夏厚朴汤。《景岳全书》专有"郁证篇"，认为各种病变中均可出现气滞肝郁证："凡五气之郁，则诸病皆有，此因病而郁也。至若情志之郁，则总由乎心，此因郁而病也。"《证治汇补》认为郁证"皆因气之不周流"，故提出"治当顺气为先"。《临证指南医案》强调郁证的"意疗"："郁证全在病者能移情易性。"

"气滞"是五郁之所生，肝郁为其本，治郁所谓"木郁达之"就是要治重疏肝理气法，尤以柴胡为解郁主药。"木郁达之"，计有六法：

1）疏肝法用于气滞：选用柴胡、香附、木香、郁金、枳壳。

2）平肝法用于肝阳：选用钩藤、天麻、草决明、珍珠母、川芎。

3）柔肝法用于肝虚：选用当归、白芍、首乌、黄精、大枣。

4）清肝法用于肝热：选用丹皮、栀子、黄芩、川楝子、夏枯草。

5）泻肝法用于肝火：选用龙胆草、大黄、青黛、黄柏、黄连。

6）温肝法用于肝寒：选用乌药、茴香、肉桂、吴茱萸、沉香。

郁证初起,以实为主,常见气滞证。但日久往往致虚,有三类:

1) 伤神:"悲哀愁忧则心动",主要伤心血,心失所养,神失所舍而心神不宁。

2) 伤脾:"木郁克土",损伤脾气,气血双亏。

3) 伤阴:木郁水亏,既损肾阴又动虚火。

久郁致虚,但仍有木郁之象,故理虚方中不可不加解郁之品,然理气药每多香燥伤正,应入平和之品,如佛手、木香、郁金、香附、菖蒲、陈皮等。

郁证的虚实之辨关键在于舌诊。苔薄腻质暗紫,属气滞为实,可以逍遥散为主方,抑木为主,佐以扶土,虑及气滞则血瘀,宜选加活血的丹参、红花、川芎、苏木、郁金、牛膝等。木郁能犯胃,宜选加和胃的温胆汤,尤其加菖蒲,既解郁又和胃;苔薄质淡属气虚,可以香砂六君子汤为主方,扶土为主,佐以抑木,虑及益火生土,宜选加温补的菟丝子、补骨脂、仙灵脾、肉苁蓉、鹿角胶。此称"塞因塞用",不少虚胀证用此法取效。

诊治"郁证"要关注病因和脏腑上的联系:

(1) 病因

1) 气郁可致血瘀:以痛为主,心悸胸憋,舌紫斑,脉不畅。宜理气活血,投柴胡疏肝散。要选加活血的川芎、赤芍、归尾、丹参、红花、苏木等。

2) 气郁可致痰凝:见梅核气,胸闷头重,舌苔白腻,脉象弦滑。宜理气祛痰,投半夏厚朴汤。要选加祛痰的法半夏、竹茹、生姜、胆星、瓜蒌、贝母等。

3) 气郁可致火炎:性躁易怒,口干而苦,头痛目赤,苔黄质红,脉象弦数。宜理气清火,投丹栀逍遥散。要选加清火的丹皮、栀子、龙胆草、黄芩等。

4) 气郁可致湿阻:脘满纳呆,呕恶腹泻,舌苔黄腻,脉象滑数。宜理气化湿,投半夏泻心汤。要选加化湿的二陈、藿梗、车前、木香、苡仁等。

5) 气郁可致食停:脘腹胀痛,拒按食臭,厌食嗳腐,舌苔厚腻,脉象滑实。宜理气消导,投保和丸。要选加消导的焦三仙、生鸡内金、莱菔子、大腹皮等。

6) 气郁可伤心神:精神恍惚,心神不宁,悲忧欠伸,苔薄白,舌质淡,脉弦细。宜养心解郁,投甘麦大枣汤、百合地黄汤。要选加宁神的炒枣仁、柏子仁、云苓、琥珀、夜交藤、当归等。

7) 气郁可伤脾运:多思善虑,心悸胆怯,失眠纳差,苔白质淡,脉象沉细。宜健脾解郁,投归脾汤。要选加健脾的参类、白术、山药、扁豆、云苓等。

8) 气郁可伤肾阴:五心烦热,易怒少寐,腰痠遗精,月经不调,苔净质红,脉象细数。宜滋阴解郁,投六味地黄汤。要选加滋阴的生地、黄精、山茱萸、杜仲、枸杞子、女贞、知母、龟板、牡蛎、牛膝等。

(2) 脏腑

1) 木郁克土:一则影响胃纳,造成肝胃不和,宜舒肝和胃,投左金丸;二则影响脾运,造成肝脾不调,宜抑木扶土,投逍遥散(肝滞脾湿)或扶土抑木,投香砂六君子汤(肝

滞脾虚)。

2) 木火刑金:造成肺阴不足,干咳带血,宜清肝润肺,投黛蛤散、丹栀、百合之类。

3) 肝胆湿热:造成中、下焦湿阻,黄疸尿赤。宜泻肝利湿,投龙胆泻肝汤。

41. 十五种汗证及止汗五则

汗为心液,由阳气蒸化津液,出于体表而成。出汗是驱邪的方法,汗证多见于自主神经功能紊乱、甲亢、风湿热、结核、低血糖、某些传染病和休克。病理性汗证有十五种:

1) 表汗:卫阳虚弱,肌表不固的表虚,常见汗证。外感风热证,风性开泄,热性升散,也可见汗证。在表中还以有汗、无汗来分辨太阳中风证和伤寒证。

2) 自汗:因肺气不足,卫阳不固,白天不因劳动,厚衣,发热而汗时出不止,动则更甚并伴气虚、阳虚证。

3) 盗汗:阴虚火旺迫汗外泄,入睡汗出,醒后即止,伴阴虚证。

4) 大汗:阳明实热,迫汗蒸之,伴大热,大渴,脉洪大证。

5) 漏汗:发表太过,阳气受伤,汗漏不止,既伤阳又耗阴,伴尿少,肢挛证。

6) 绝汗:又名脱汗。阳气欲脱,病情垂危,汗出淋漓,如珠如油,伴亡阳、亡阴证。

7) 战汗:邪正分争,恶寒战栗而后汗出。汗出热退,脉静身凉,为邪去正安;汗出而烦,脉来疾急,为邪胜正衰的危象。

8) 黄汗:风水湿热交蒸,汗出沾衣,色黄染衣,伴湿热证。

9) 头汗:一是阳明兼瘀血或湿热郁蒸而仅头部出汗;二是病后或老年喘息而头额出汗。如果重病末期,虚阳上越,津随气脱而突然头额出汗,属危象。

10) 半身汗:风痰、风湿阻滞经脉,营卫不和,气血不周,身体上下,左右,偏侧出汗。

11) 手足心汗:阴虚内热或心包、肾经郁热则手足汗出如淋。

12) 心汗:思虑过度,劳伤心脾则心胸部汗多。

13) 阴汗:下焦湿热则见外生殖器及其周围汗出腥臭。

14) 热汗:风邪化热或内热蒸迫,汗出热不退而复热,伴热证。

15) 冷汗:平素阳虚,卫气不足,畏寒肢冷而汗出,伴寒证。

止汗法有分辨表里,慎用敛汗,注重养心,调理气阴及救治脱汗五则:

1) 分辨表里:表证见汗,以调和营卫为治,桂枝汤最宜;里证见汗,要区分虚实。虚者又有“气”、“阴”之别,治“气”以玉屏风散为主方,尤重生芪;治“阴”以知柏地黄为主方,尤重知柏。实者则有“热”,“湿”之异,清热以白虎汤为主方,尤重生石膏;化湿以茵陈五苓散为主方,尤重茵陈。

2) 慎用敛汗:敛汗药有浮小麦、麻黄根、煅龙牡,常常视作治疗汗证的主药,治疗因虚汗证确有其效。汗证不辨寒热虚实,单纯用敛汗药,常难以奏效,如见实热或湿热汗证,反而留邪,汗出更甚。故应慎用敛汗。

3）注重养心：心神得宁，常常利于止汗。故每每佐入宁心法。针对虚实，宁心各异。虚者用养心的当归、琥珀、柏子仁、云苓、五味子、炒枣仁；实者用清心的竹叶、黄连、连翘、知母、炙远志、车前草、丹参。

4）调理气阴：汗证必致伤气耗液，后期汗出虽止，仍应调理气阴。常投生脉散收功或选佐山药、黄精、花粉、芦根、石斛、云苓、乌梅、麦冬等。

5）救治脱汗：脱汗危象，阳不敛阴，气随汗脱而阴阳俱亡，急宜回阳救逆，重投参附汤，并兼四佐：一是重量生芪的固表，用90g以上；二是麦冬、五味、白芍、乌梅的敛阴；三是煅龙牡、浮小麦的敛汗；四是艾灸神阙、关元的固脱。

42. 淋证辨治之要在乎虚实之异

"淋"者，淋沥也，指小便频数短涩，刺痛牵引腰腹。淋证计有石淋、气淋、血淋、膏淋、劳淋五种，合称"五淋"。多见于泌尿系感染、结石、肿瘤和前列腺疾患、乳糜尿和性病。

《素问·六元正纪大论》最早记有淋证。认为土气不和于下"甚则淋"。气热相交则"其病淋"。《伤寒论》提出"淋家禁汗"，否则徒伤其阴而有便血之变。《金匮要略》专设"淋病"篇并以"小便如粟状"（形容尿涩痛或排石）来描述淋证，而且认为淋证的主要病因是"热在下焦"。《诸病源候论》则认为其因系"肾虚则小便数，膀胱热则水下涩"。而且提出"热淋"说，系"三焦有热，气搏于肾，流入于胞"所致，补充了"五淋"的不足。《千金方》主张"热结下焦"而致淋，并描述各淋的特点："风气淋之为病，溺难涩，常有余涩。石淋之为病，茎中痛，溺不得卒出。膏淋之为病，尿似膏自出。劳淋之为病，劳倦即痛，引气冲下。热淋之为病，热即发，甚则尿血。"《证治汇补》告诫淋证忌补："气得补而愈胀，血得补而愈涩，热得补而愈盛。"《景岳全书》专有"淋浊"篇："淋之初病，则无不由乎热剧，无重辨矣"，"淋久不止，乃痛涩皆去，而膏液不已，淋如白浊者，此惟中气下陷，乃命门不固之证也。"

淋证决非纯实证。初起虽然责之于"膀胱湿热"，属实，治宜清利，用车前草、竹叶、知柏、栀子、石韦、通草、白花蛇舌草等。然后期并非实证，责之于脾气下陷，肾气不固或肾阴亏损，治重固涩，用山萸肉、补骨脂、五味子、菟丝子、生龙牡、芡实、鹿角胶等。故曰淋证辨治之要，在乎虚实之异。在分辨虚实的基础上，"五淋"分类证治：

（1）气淋

1）主症：脾肾气虚者，少腹坠胀，尿有余沥，苔薄白，舌质淡，脉沉细。气郁化火者，下腹至阴囊胀痛，尿涩滞，尿后痛，苔薄黄，舌质红，脉弦数。

2）主药：车前草、海金砂、青皮、川楝子、郁金、白花蛇舌草。

（2）石淋

1）主症：初则湿热下注，尿道热涩刺痛。久则阴虚火旺，脐腹拘急，两腰痠楚，阵发

绞痛，连及小腹、阴部，小便不畅频痛，苔薄黄腻，脉象弦细。

2）主药：滑石、海金砂、金钱草、鸡内金、冬葵子、石韦、泽泻。

（3）血淋

1）主症：属湿热下注或阴虚火旺，尿频尿痛，血尿短赤，苔薄黄腻，脉象弦细。

2）主药：萹蓄、瞿麦、石韦、白茅根、车前草、生苡仁。

（4）膏淋

1）主症：湿热下注或下元不固，尿混如泔，溲时不畅，溲感热痛，苔薄黄，脉细数。

2）主药：草薢、萹蓄、白花蛇舌草、土茯苓、生苡仁。

（5）劳淋

1）主症：脾肾两虚，尿行淋沥，尿后阴部隐痛，遇劳即发，苔薄白质淡，脉沉细尺弱。

2）主药：云苓、泽泻、炒白术、生芪、生杜仲、桑寄生、车前草。

淋证随症加减疗效常可倍增：

1）心热移肠，口疮口苦，心烦舌红。应选加栀子、甘草梢、竹叶、大黄、琥珀。

2）血热妄行，尿血色鲜，舌红脉数。应选加小蓟、丹皮、赤芍、生地、茜草、藕节炭、蒲黄、旱莲草、野菊花、白花蛇舌草。

3）阴虚津亏，五心烦热，口渴舌红。应选加生地、玄参、芦根、龟板、女贞子。

4）瘀阻癥积，淋久尿血夹块，面黑肿块，苔薄黄，质紫暗，脉弦涩。应选加红花、白花蛇舌草、王不留行、泽兰、丹参。

5）气虚阳衰，气短腰痠，食纳不振，舌淡脉细。应选加生芪、当归、苁蓉、山药、蛇床子。

根据中药的近代药理研究，也可按西医的各种病理，在不违背辨证论治的前提下酌加，也是增效的手段：

1）止尿红细胞：猪苓、仙鹤草、小蓟、白茅根、蒲黄、石韦、车前草、琥珀、三七、生芪、石斛。

2）止尿白细胞：连翘、赤小豆、生苡仁、海藻、益母草、竹叶、瞿麦、草薢、双花、冬瓜皮、泽泻。

3）前列腺炎：生苡仁、王不留行、赤小豆、乌药、炒橘核、木香、丹参、红花。

4）消乳糜尿：草薢、生苡仁、丹参、川牛膝、车前草、黄柏、蒲黄。

5）排结石：金钱草、海浮石、滑石、瓦楞子、海金砂、冬葵子。

淋证忌汗忌补。淋证常因湿热熏蒸而畏寒发热，状如表证而实异。此时如投辛散发表，不仅难以退热，反而劫营伤阴，有动血之虑。故有淋家忌汗之戒。但如淋证由外感诱发，症见恶寒发热，仍当表散外邪，表里同治，这就不在忌汗之列，但也要慎用汗法。两者之别，一看舌脉。湿热者苔腻脉滑，纯表证者苔薄脉浮。二重主证。湿热者汗出身

热不退，阵阵畏寒，纯表证者无汗咳痰。

淋证初期，绝对忌补。因此时的病因以湿热为主，补之有益疾之弊。病人后期，转为虚证，此时则以益气升陷，补肾固涩为治，无忌补之说。在施补时仍应顾及湿热之本而佐清利之品。

43. 虚劳取效讲究九种兼证的处置

虚劳补之，此乃常法，无可非议，然临证所见并非单纯虚证，常常脏腑间虚证夹杂，如不处理好常见的九种兼证，势必影响疗虚之效。

1）心肺气虚证：益气药大多可补心肺之气，如生芪、党参、白术等。还应加入特效之品，如补心的肉桂、炙甘草，补肺的阿胶、山药；还宜加引经药，入心经的炙远志、琥珀、生龙牡，入肺经的桔梗、紫菀、全瓜蒌；宜加重镇安神药，如云苓、磁石、炒枣仁、五味子。

2）心肾阳虚证：除投温阳药之外，还要两配：一是通阳以散寒，如干姜、薤白、桂枝；二是健脾以利水，如白术、泽泻、生苡仁、五加皮、葶苈子、生芪。还宜加宁心药（菖蒲、琥珀、麦冬、五味子），加下行药（川牛膝、生龙牡、路路通、全瓜蒌）。

3）心脾两虚证：以气血双补为主（参类、生芪、白术、当归、大枣），再加心经引药（炙远志、云苓、炒枣仁、琥珀），醒脾药（陈皮、木香、砂仁、鸡内金）。

4）心肾不交证：一方面引火归源，用川连、肉桂，另一方面清心，用黄芩、连翘、赤芍、阿胶。

5）肺肾气虚证：投纳气之品，如五味子、补骨脂、核桃仁、人参、蛤蚧。再加收涩的煅龙牡、白芍、乌梅，另佐健脾祛痰（二陈汤），益肺滋润（紫菀、川贝）。

6）肺肾阴虚证：润肺用百合、沙参、麦冬、紫菀，清肺用炙杷叶、桑白皮、地骨皮、黄芩。佐滋阴降火（知母、黄柏、女贞子、旱莲草、菊花），柔肝生金（当归、白芍）。

7）肝肾阴虚证：养血柔肝用当归、白芍、首乌、女贞子、枸杞子、麦冬，平肝潜阳用珍珠母、菊花、天麻、钩藤、夏枯草。再佐导下药如川牛膝、车前草、桑寄生、木瓜。

8）肺脾气虚证：补脾即可补肺，但要加入肺引药，如桔梗、沙参、麦冬。配温化痰湿的二陈汤、干姜、细辛、五味子。

9）脾肾阳虚证：温脾用参类、白术、干姜、扁豆，佐利尿的车前草、桑白皮、陈皮、路路通、赤小豆。还要加温阳涩肠的补骨脂、肉豆蔻、五倍子、赤石脂、乌梅，应配寒性反佐（黄柏、公英）。

44. 月经病调治大法

月经病系妇科的主要病证。中医诊治妇科疾患富有优势，颇具特色，而且源远流长。《内经》创第一首妇科血枯腹痛方"四乌鲗骨一藘茹丸"，藘茹即为茜草。《金匮要略》专设妇人三篇：第二十篇专论妊娠诊断及孕期腹痛诊治。第二十一篇专论产后腹

痛。第二十二篇为杂病，主要是月经病及带下病等。《千金要方》卷首列妇人病处方540首，讨论月水不调，赤白带下，崩漏等证因方药。《外台秘要》有妇人病2卷85门，列480方，详论子痫、难产等病证。《经效宝产》为第一部妇科专著，上卷论安胎、食忌、难产等，中下卷列产后病及方260首。《妇人产育保庆集》论产科杂病和妊娠调养法。《卫生家宝产科备要》汇集了宋以前的产科资料，论及妊娠胎产及新生儿护育法。《妇人大全良方》为妇产科名著，分调经、求嗣、妊娠、难产、产后等9门，每门列病证并分述病因、证治，较有临证参考价值。《济阴纲目》分门别类，有纲有目，引录诸家之说，选方实用。分5卷，卷1调经、赤白带下等，卷2虚劳、积块、浮肿等疾，卷3求子、胎前，卷4、5临产、产后乳病。《女科证治准绳》搜集明以前诸家学说，引录资料，注明出处，有论有方，参考价值较大，共6卷，卷1治法通论，卷2、3杂病，卷4、5胎前，卷6产后。《女科经论》分月经、嗣育、崩淋、带下、胎前、产后、杂证七门，列病证163种，录各家论述7000余条，详于论治，略于方药。《傅青主女科》上卷带下、血崩、调经、种子等，下卷妊娠、难产、产后等，共77篇88证，83方，处方平正而实用，立法顾及气血和脾胃，主张攻补兼施，不专事攻伐。《妇人规》系《景岳全书》第五种，分总论、经脉、胎孕、产后带浊、乳病等10类。《妇科心法要诀》属《医宗金鉴》，论述胎、产、经、带四大证的病因、证候、诊治。《妇科玉尺》属《沈氏尊生方》，卷1求嗣、月经，卷2胎前，卷3临产、小产，卷4产后，卷5崩漏、带下，卷6杂病。每病有总论、治法，并录各家学说和附方。以上是妇科病包括月经病的主要参考医著，可供临证阅览，利于继承。

(1) 月经病调治注重大法

1) **必先理气**："百病皆生于气"。妇人多郁善怒，情志变化最显，气结则血亦结，故"调经而不理气，非其治也"。理气有行气、破气、补气三法。行气多选用柴胡、香附、木香、乌药、佛手、陈皮、炒橘核；破气多选用青皮、枳壳、大腹皮、川朴、沉香；补气多选用生芪、党参、白术、黄精、仙鹤草、太子参、山药、扁豆衣、大枣。

2) **调养脾胃**："脾胃为生化之源"。妇人以阴血为主，月经失调者大多有脾虚之证，如纳差便溏，面浮肢肿，故"脾气一旺，胃气自兴，精微敷布，新血化生，月经自调。"调养脾胃有醒脾、健脾二法。醒脾常选用木香、砂仁、鸡内金、山楂、神曲；健脾常选用党参、白术、云苓、干姜、扁豆。

3) **固本培精**："肾气为天癸之本"。肾气充则主宰有力，月事以时下，肾气衰则施泻无度，月事不调。固本培精有滋阴填精二法：滋阴可选用生地、枸杞子、女贞、黄精、玄参、首乌、鸡血藤；填精可选用阿胶、龟板、鳖甲、河车粉。

4) **兼养心血**："妇人百病，皆自心生"。心不生血则失养于脾，脾运失健则生化乏源而致阴血愈虚。兼养心血有补气、养心、宁神三法：补气则选投莲肉、云苓、山药、生芪、仙鹤草；养心则选投龙眼肉、大枣、枣仁、柏子仁、当归、桑椹；宁神则选投琥珀、川芎、夜交藤、五味子、生龙牡、磁石。

(2) 分阶段论治

1) 经前调气：有反应始，如胀、烦、肿、痛者作为经前期。因反应不同而分两类：①肝郁：乳胀胁满，少腹引痛，烦怒不安，舌苔薄黄，脉象弦细。宜疏肝为治，投丹栀逍遥散，选用柴胡、白术、赤白芍、当归、鸡血藤、菖蒲、郁金、益母草、公英、川楝子、丹皮、生栀子，再加调整内分泌的泽兰、茜草、龟板、鳖甲、川断、女贞。②宫寒：腹凉下坠，隐痛筋掣，形寒乏力，苔薄白，舌质淡，脉沉细。宜暖宫，投温经汤，选用党参、阿胶、当归、白芍、桂枝、炮姜、炒橘核、乌药，再加调整内分泌的枸杞子、蛇床子、菟丝子、仙灵脾、河车粉、鹿角、补骨脂。

2) 经期调血：见红时便进入经期，有“三则”、“四类”、“五加味”。

①三个治则：**问量定向**(量多者补摄，量少者通利)；**问凉定性**(寒者温之，热者凉之)；**必须调肝**(女子以肝为本，宜加香附、柴胡、炒橘核等调肝之品)。

②四类举例：

量多腹凉(胶艾四物汤)

熟　地 10g	当　归 10g	白　芍 10g	阿胶 15g烊化
艾　炭 10g	肉桂炭 10g	生　芪 15g	党　参 10g
炒橘核 15g	赤石脂 15g	生牡蛎 30g	荆芥炭 10g

量多腹热(枝芩四物汤)

生　地 10g	当　归 10g	生栀子 10g	黄芩炭 10g
薄荷炭 10g	茜　草 10g	地　榆 10g	乌贼骨 15g
藕节炭 10g	乌梅炭 10g	香　附 10g	丹　皮 10g

量少腹凉(八珍汤)

生　芪 15g	当　归 10g	党　参 10g	桂　枝 10g
川　芎 10g	牛　膝 15g	柴　胡 10g	炮　姜 10g
鸡血藤 15g	云南白药 1g冲		

量少腹不凉(桃红四物汤)

生　地 10g	归　尾 10g	赤　芍 10g	川　芎 10g
丹　参 30g	桃　仁 10g	红　花 10g	泽　兰 10g
香　附 10g	茺蔚子 10g	三七粉 3g冲	

③五个随证加味：腹痛可选玄胡、郁金、蚕砂、五灵脂、地龙、益母草；便溏可选生龙牡、炒白术、山药、煨葛根、余禹粮、补骨脂、金樱子、五倍子；浮肿可选防风己、桑白皮、生芪、泽泻、冬瓜皮、云苓、车前草；腰痠可选鸡血藤、老鹳草、狗脊、桑寄生、川断；不孕可选蛇床子、菟丝子、金樱子、肉苁蓉、黄柏、川楝子、龟板、泽兰。

3) 平时调肾：经净后至反应前属平时阶段，利用肾的阴阳互根，交替服用两种丸药为一组加以调肾。①通用：白凤丸、八珍益母丸、六味地黄丸、杞菊地黄丸。②偏寒：配艾附暖宫丸、女金丹。③偏热：配加味逍遥丸、得生丹。

45. 带下病分色论治

带下为妇科常见病。中医诊治带下颇具疗效优势。**止带先辨虚实**。实者多见湿热下注，湿热之生，一则在脾，失健而困，二则膀胱，不渗而留。其治清热利湿，有二法：燥湿选用苍术、黄柏、苡仁、椿根皮、苦参、云苓；渗湿选用车前草、萆薢、桑白皮、白鲜皮、猪苓、泽泻、石韦、白花蛇舌草、荆芥炭。虚者脾虚下陷，冲任不固而绵绵如带，所谓"十女九带，十带九虚"。其治健脾举陷，有二法：健脾选用党参、白术、山药、扁豆、云苓、苡仁；举陷选用升麻炭、荆芥炭、蝉衣、生芪、竹柴胡。

止带还要抓住风、寒、湿三邪。带下常因六淫所传，风为其首，下部多湿，带色白多，寒证明显。故风寒湿为带下主因，散风者用炒苍耳子，祛寒者用蛇床子，化湿者用地肤子。止带必投三子。带下日久，必伤脾胃，气陷滑脱，故久带宜涩，选用乌贼骨、煅龙牡、补骨脂、芡实、金樱子、莲肉、银杏。

带下病分色论治可以提高疗效：白带属脾虚偏湿，治重化湿，以山药、苡仁、扁豆为主；黄带湿热偏火，治重泻火，以黄柏、栀子、制大黄为主；赤带热甚入血，治重凉血，以丹皮、茜草、水牛角粉为主；黑带阴虚内热，治重滋肾，以生地、女贞、知母为主。

家传止带效方有二首：辨苔分虚实，苔薄者地黄汤化裁（生地、黄精、泽泻、云苓、蛇床子、仙鹤草、生杜仲、扁豆衣、鹿角霜）；苔腻者温胆汤加减（竹茹、枳壳、云苓、陈皮、生苡仁、生牡蛎、生龙骨、海蛤壳、莱菔子、海藻、泽兰）。

46. 不育与不孕

"肾藏精"。男子以肾为本，肾亏是不育的重要病因。故不育症治当补肾。补肾重在调其阴阳，"善补阳者必于阴中求阳"（温阳药中酌加枸杞子、女贞、杜仲、旱莲等）。"善补阴者必于阳中求阴"（滋阴药中酌加仙灵脾、蛇床子、补骨脂、菟丝子等）。温阳药中要避免温燥的附片、肉桂、仙茅、阳起石等，因为温燥之品虽然利于肾阳之振，但有害于肾阴之损，应当换用温润的仙灵脾、蛇床子、补骨脂、肉苁蓉、巴戟肉等。

补肾法以杞菊地黄汤为主方。为提高疗效要配健脾、清心、润肺、清胆、利湿五法：

1）健脾：培土益肾法，主方四君子汤，主药党参、白术、黄精、生芪、云苓、仙鹤草。

2）清心：交通心肾法，主方交泰丸，主药黄连、肉桂、炒枣仁、柏子仁、夜交藤、炙远志。

3）润肺：清金滋水法，主方百合固金汤，主药百合、紫菀、北沙参、麦冬、桑白皮、白菊花。

4）清胆：降火滋阴法，主方知柏地黄汤，主药知母、黄柏、生地、黄精、丹皮、生栀子、龟板。

5）利湿：清利湿热法，主方八正散，主药萆薢、土茯苓、野菊花、制大黄、生苡仁、车

前草。

在补肾法的基础上应随证加味：

1）遗精：知母、黄柏、莲心、云苓、炒枣仁、夜交藤、肉桂少量(3g)。

2）血精：生栀子、仙鹤草、茜草、王不留行、生牡蛎、炒橘核。

3）精少：河车粉、三七粉、丹参、川楝子、菟丝子、补骨脂、枸杞子、蛇床子、黄柏、龟板。

4）尿疼：土茯苓、生苡仁、萆薢、白花蛇舌草、生甘草梢、泽兰、野菊花。

不育症还同阳痿、早泄直接相关。治愈阳痿、早泄常是前提。

阳痿论治不能一味追求壮阳，更不能专投温燥的阳起石、锁阳、仙茅等品，仍应辨证论治。阳痿有五个证类：

(1) 湿热下注证

主症：阴囊潮湿，纳差腹胀，苔腻脉软。

主法：清利湿热。四妙丸、滋肾通关丸为主方。

主药：

炒苍术 10g	生苡仁 15g	黄　柏 10g	知　母 10g
川牛膝 15g	车前草 30g	川楝子 10g	泽　兰 10g
莱菔子 10g	白花蛇舌草 30g	肉桂 3g	

(2) 肝郁血瘀证

主症：阴囊胀痛，胁胀忧愁，舌质紫暗，舌下络显，脉来弦涩。

主法：理气活血。少腹逐瘀汤为主方。

主药：

柴　胡 10g	玄　胡 10g	川楝子 10g	丹　参 30g
赤　芍 10g	炒橘核 10g	红　花 10g	菖　蒲 10g
郁　金 10g	苏　木 10g	王不留行 10g	

(3) 营卫不和证

主症：背寒囊凉，半侧出汗，舌苔薄白，脉象弦细。

主法：调和营卫。桂枝龙牡汤为主方。

主药：

桂　枝 10g	白　芍 10g	生龙骨 30g	丹　参 30g
柴　胡 10g	葛　根 10g	川　断 15g	生牡蛎 30g
小茴香 10g			

(4) 阴阳失调证

主症：腰痠囊坠，肢凉腿软，心烦失眠，苔薄黄，舌质淡，脉沉细。

主法:调整阴阳。二仙汤为主方。

主药:

仙灵脾 10g	知　母 10g	黄　柏 10g	当　归 10g
补骨脂 10g	蛇床子 10g	泽　泻 10g	川　断 15g
白　芍 10g	旱莲草 10g		

(5) 肾阳衰弱证

主症:形寒腰痠,囊冷且坠,神疲纳差,苔薄白,质淡胖,脉沉细,尺脉弱。

主法:温补脾肾。金匮肾气丸为主方。

主药:

蛇床子 10g	菟丝子 10g	生　地 10g	黄　精 10g
乌　药 10g	桑寄生 10g	川　断 10g	女贞子 10g
肉　桂 5g	生杜仲 10g		

阳痿之治要配合坐浴。上述各方煎 2 汁分服,加花椒 10 粒再煎第三汁,坐浴 15 分钟。还要辅以针灸,取穴足三里、三阴交、肾俞、命门、气海、关元、秩边、次髎,虚补实泻,虚灸实针。食物宜忌也有讲究,宜食韭菜、虾仁、花生、菌类、羊肉、狗肉、鞭类、蚕蛹。忌口芹菜、油菜、香菜、棉子油。

早泄论治也不能一味追求固涩,也应辨证论治。早泄有三个证类:

(1) 肝气郁滞证

主症:精神紧张,能入早泄,忧愁胁胀,苔薄白,脉弦细。

主法:柔肝解郁。逍遥散为主方。

主药:

柴　胡 10g	当　归 10g	白　芍 10g	生龙骨 30g
菖　蒲 10g	香　附 10g	丹　参 30g	生牡蛎 30g
五味子 10g	郁　金 10g		

(2) 痰浊闭塞证

主症:举而不坚,入之便泄,脘胀纳呆,苔腻脉滑。

主法:清化痰浊。温胆汤为主方。

主药:

竹　茹 10g	枳　壳 10g	云　苓 10g	陈　皮 10g
生苡仁 10g	莱菔子 10g	生牡蛎 30g	芡　实 10g
连　翘 10g	生山楂 10g		

(3) 肾关不固证

主症:痿软不起,不能入内,碰之即泄,腰痠腿软,苔薄白,质淡胖,脉沉细,尺部弱。

主法：补肾固精。杞菊地黄汤为主方。

主药：

枸杞子 10g　野　菊 10g　生　地 10g　黄　精 10g
菟丝子 10g　生杜仲 10g　桑寄生 10g　补骨脂 10g
金樱子 10g　生　芪 15g

“肝藏血”。女子以肝为本，异常的经带是不孕的重要病因。调经止带是治疗不孕的基础，前已详述，不再重复。妇女不孕还可视体态投药，体胖者可用散剂，组方如下：苍术 9g、半夏 6g、陈皮 6g、云苓 12g、神曲 15g、川芎 6g、鹿角粉 6g、沉香粉 3g，共研细末分 15 包，经前半月起服，每日 1 包，分 2 次冲服或装胶囊吞服。调治 2～3 个月经周期；体不胖者，可据证选用十二个“子”：菟丝子 10g、蛇床子 10g、金樱子 10g、女贞子 10g、枸杞子 15g、川楝子 10g、车前子 15g、补骨脂 10g、覆盆子 10g、茺蔚子 10g、五味子 5g、香附子 10g。

女子不孕还有家传五法可调：

1）调肾法：用于腰痠形寒，性欲冷淡，苔薄白，舌质淡，脉沉细。

蛇床子 10g　金樱子 10g　菟丝子 10g　女贞子 10g
枸杞子 10g　川楝子 10g　五味子 5g　伸筋草子 10g
车前子 30g包

2）和营法：用于月经不调，闭经痛经，苔薄黄，质紫暗，脉细涩。

生　地 10g　当　归 10g　白　芍 10g　泽　兰 10g
龟　板 15g　香　附 15g　桂　枝 10g　川　断 10g
女贞子 10g　鸡血藤 10g　伸筋草 10g　三七粉 3g冲

3）止带法：用于带下有味，外阴瘙痒，小便不畅，苔薄黄腻，脉象细滑。

炒苍术 10g　黄　柏 15g　生苡仁 10g　川牛膝 15g
车前草 30g　土茯苓 15g　萆　薢 10g　蝉　衣 5g
肉　桂 3g　野菊花 10g

4）开郁法：用于恼怒忧郁，乳块作痛或子宫肌瘤，经前反应重，经后情绪差，苔薄白，脉弦细。

柴胡梢 10g　橘　叶 10g　公　英 10g　红　花 10g
夏枯草 15g　石菖蒲 10g　郁　金 10g　桂　枝 10g
云　苓 15g　路路通 10g　山慈姑 10g　三七粉 3g冲

5）化痰法：用于经量渐少，形体发胖，面有黑斑，纳谷不香，舌苔薄腻，脉象细滑。

竹　茹 10g　枳　壳 10g　云　苓 15g　陈　皮 15g
炒苍术 10g　法半夏 10g　蛇床子 10g　泽　兰 10g
川　断 15g　丹　参 30g　莱菔子 10g　全瓜蒌 30g

中医种嗣有疗效优势。这里介绍 1 首祖传效方，名为“多子多福金钟丸”：

韭菜子 30g　蛇床子 10g　九香虫 20g　生芪 30g

三　七 15g　　白人参 5g

男性加桂枝 5g、乌药 10g、王不留行 10g。女性加龟板 15g、香附 10g、当归 15g。共研细末，水泛为丸，梧子大小，每日 3 次，每次 3g，2 个月为 1 疗程。

男子不育最忌一味壮阳，应当重视湿热下注的实证。女子不孕最忌单纯的理气化瘀，应当重视痰浊闭阻证。发挥中医诊治不育不孕的关键在善于调理肾之阴阳，达衡者常获效。

47. 十二种妇科病家传效方

余祖上善治妇科病，自明代起相传，积累了丰富的经验，录十二病种的效方，供同仁临证参考。

(1) 保胎先补肾，补肾先滋阴

胎动不安跟肾气衰损的关系最为密切。肾气充盈者，胎气必安。**补肾立法，少投温燥**，应尊古训："胎前宜清"，多进滋阴清热之品，实为保胎奇法。

枸杞子 15g　　黄　芩 10g　　炒白术 10g　　生　芪 15g
当　归 10g　　黄　精 10g　　苏　梗 10g　　川　断 15g
生杜仲 10g　　桑寄生 10g　　补骨脂 10g

(2) 妊娠恶阻降中寓安

恶阻系胃气上逆，胎动不安所致，非降不止，应用辛开苦降法，但降的程度直接影响胎气，甚至可致滑胎，故极宜适度。一者**降中焦胃气，忌利下焦两便**；二者**佐宣肺清肃和柔肝和胃**之品以助胃气之降；三者遵"**胎前宜清**"之训，配安胎之品。

姜竹茹 10g　　黄　连 10g　　黄　芩 10g　　旋复花 10g包
佛　手 10g　　炒白芍 10g　　乌梅炭 10g　　当　归 10g
苏　梗 10g　　炙杷叶 10g

(3) 产后节楚以温通立法

产后保养不慎，感受风寒，骨节痠楚一证最难治愈。除遵古训："**产后宜温**"以温补气血为治外，不可忽视温通之力，**补而不通**其楚难除。另外还要动用**引经药方**能增其药力。

生　芪 15g　　当　归 10g　　鸡血藤 10g　　老鹳草 10g
桂　枝 10g　　生杜仲 10g　　秦　艽 10g　　川　断 15g
怀牛膝 15g　　防风己各 10g　　桃　仁 10g　　桑寄生 10g
蚕　砂 10g包　　三七粉 3g冲

颈部加葛根 10g，上肢加桑枝 30g，下肢加木瓜 10g，腰部加枸杞子 15g

(4) 产后乳痛既补托又活络

产后乳痛近代称乳腺炎，系感染所致，故医者常投清热解毒之品，殊不知清解药常常苦寒，可伤胃气，并致寒中胞宫而后患无穷。产后乳痛少投清热解毒，立法最宜**补托活络**。

生　芪 15g　当　归 10g　鹿角霜 15g　公　英 10g
炒橘核 15g　丹　参 30g　香　附 10g　赤　芍 10g
路路通 10g　制大黄 10g　青　皮 10g　王不留行 10g

(5) 产后下乳最宜温补

产后 3 天乳汁不下或下之甚少，速投温补之剂，并从**脾肾着手，还要三佐**：佐和血通络，通利乳络；二是寒性反佐以防上火；三是和胃消导以免腻滞。

生　芪 15g　当　归 10g　蛇床子 10g　菟丝子 10g
炒白术 10g　川　芎 10g　公　英 10g　王不留行 10g
炒橘核 15g　路路通 10g　生谷麦芽各 30g

(6) 崩漏宜升提并生新

血崩和淋漓均属经量过多的病证，虽有寒热虚实之辨证论治，但其关键在于**升提固脱**和**祛瘀生新**，非此难以止矣。

生　芪 15g　当　归 10g　仙鹤草 10g　白人参 3g另煎兑服
鸡血藤 10g　山楂炭 10g　三七粉 3g冲　坤　草 10g
姜　黄 10g　升麻炭 5g　血余炭 10g　五味子炭 5g

(7) 痛经应温通并解郁

痛经不论寒热虚实，总以"不通则痛"为基本病机。宫寒和肝郁常是不通的主因，故止痛经常法，要抓住温通和解郁。

桂　枝 10g　赤白芍各 10g　炮　姜 10g　川楝子 10g
玄　胡 10g　乌　药 10g　香　附 10g　鸡血藤 15g
柴　胡 10g　三七粉 3g冲　琥珀粉 3g冲　蚕　砂 15g包

(8) 外阴白斑熏洗外涂

外阴白斑应当根治，否则有癌变之虑。主要靠外治法，既**熏洗**又**外涂**。

仙灵脾 30g　威灵仙 15g　蝉　衣 15g　苦　参 10g
生苡仁 15g　鹤　虱 30g
煎水坐浴熏洗。每天 1～2 次，30 天为 1 疗程。
蛤壳粉 30g　生黄柏 60g　生石膏 30g　冰片 5g

共研细末，九华膏调涂患处。

(9) 外阴瘙痒清利湿热

外阴瘙痒和妇人淋证总由湿热下注造成。应内服坐浴并进。

1) 内服方：

炒苍术 10g	生苡仁 10g	生黄柏 10g	土茯苓 15g
制大黄 10g	蛇床子 10g	萆　薢 15g	丹　皮 10g
车前草 30g	白花蛇舌草 30g		

2) 坐浴方：

苦　参 15g	野菊花 10g	生地榆 30g	炒苍耳子 10g
土茯苓 30g	蝉　衣 5g	萆　薢 30g	白鲜皮 10g
川　椒 1g	地肤子 10g		

煎水坐浴，每次 15 分钟，每天 2 次，3 天换 1 剂，连用 30 天。

(10) 妇人减胖治重燥湿利尿

妇人体重超标达 20% 以上者，称“妇人肥胖”，胖人多湿。“消胖之道，以调为主”，不可一味攻伐，以防伤正，治重燥和渗。

炒苍术 10g	法半夏 10g	生苡仁 10g	泽　泻 10g
陈　皮 10g	草决明 30g	蛇床子 10g	丹　参 30g
桑白皮 10g	白菊花 10g	生山楂 15g	车前草 30g
冬瓜皮 10g	坨　茶 10g		

(11) 妇人雀斑，内服滋阴降火，外敷祛斑奶

面部黑斑系肾脏阴阳失调，阴虚火旺，故肾色泛于颜面，宜内服外敷并进。

1) 内服丸药缓图：

知　母 60g	黄　柏 60g	生　地 30g	龟　板 30g
补骨脂 30g	菟丝子 30g	川　断 30g	泽　泻 30g
生苡仁 60g	丹　皮 30g	丹　参 60g	当　归 30g

共研细末蜜丸，每次 6g，每天 3 次。

2) 外敷祛斑奶：

大豆汁 60g	冬瓜汁 60g	绿豆粉 30g	苡米粉 30g
珍珠粉 5g	桃花蕾 30g打		

和匀，每天外涂 1～2 次。

(12) 妇人低热甘温为治

妇人低热常以虚证为主，也就是古称的“劳热”，最宜甘温除热法，再佐清退虚热之

品。

生　芪 15g	太子参 15g	当　归 10g	银柴胡 10g
黄　精 10g	炒白术 10g	云　苓 10g	陈　皮 10g
升　麻 5g	白　菊 5g	地骨皮 10g	青　蒿 15g后下

48. 更年期综合征的五个分证论治

更年期综合征系内分泌和自主神经功能紊乱的病证，中医属于脏躁、孤惑病等范畴。西医疗效差，中医按五个证类分证论治，颇具疗效优势。

(1) 肝郁化火

主症：轰热胁胀，头痛易怒，苔薄黄，舌质红，脉弦数。

主法：清肝泻火

主方：丹栀逍遥散

主药：

生栀子 10g	丹　皮 10g	夏枯草 15g	制大黄 10g
车前草 30g	薄　荷 10g	当　归 10g	云　苓 15g
柴　胡 10g	川楝子 10g	赤白芍各 10g	

(2) 阴虚火旺

主症：五心烦热，腰痠腿软，头晕耳鸣，舌净质红，脉象细数。

主法：滋阴降火

主方：知柏地黄汤

主药：

知　母 10g	黄　柏 10g	生　地 10g	野　菊 10g
黄　精 10g	肉　桂 3g	当　归 10g	泽　泻 10g
丹　皮 10g	川牛膝 15g	川　断 10g	车前草 30g

(3) 营卫不和

主症：背凉畏风，寒热往来，半侧汗多，舌苔薄白，脉象弦细。

主法：调和营卫

主方：桂枝加龙牡汤

主药：

桂　枝 10g	炒白芍 15g	生龙骨 30g	生牡蛎 30g
百　合 10g	葛　根 10g	浮小麦 30g	大　枣 10枚
桑白皮 10g	防　风 5g	鸡血藤 10g	

(4) 痰湿中阻

主症：头重胸憋，口黏纳呆，形胖痰多，苔腻脉滑。
主法：豁痰利湿
主方：温胆汤
主药：

竹　茹 10g	枳　壳 10g	云　苓 15g	陈　皮 15g
生牡蛎 30g	公　英 10g	泽　泻 10g	全瓜蒌 30g
车前草 30g	草决明 30g	莱菔子 10g	连　翘 10g

(5) 瘀血阻宫

主症：经少腹痛，色深有块，周期不准，时有低热，舌紫脉涩。
主法：活血调经
主方：少腹逐瘀汤
主药：

当　归 10g	赤　芍 10g	川　芎 10g	丹　参 30g
红　花 10g	坤　草 10g	丹　皮 10g	木　香 10g
炒橘核 10g	香　附 10g	鸡血藤 15g	青蒿 15g后下

以上五类为提高疗效应有**两个辅佐**：一是加**调整皮质中枢**的石菖蒲 10g、郁金 10g；二是选加**调整内分泌功能**的蛇床子 10g、女贞子 10g、菟丝子 10g、川断 10g、龟板 15g、肉苁蓉 10g、茺蔚子 10g、五味子 5g 等。

49. 痛经证的内服外治法

痛经证是妇科常见病，也是中医特具优势的病证之一。痛经单纯止痛效果不佳，必须追究病因加以对因治疗为主，止痛为辅，方能奏效而且根治。临床常见病因有寒凝、肝郁和血亏三类，其分证论治如下。

(1) 寒凝胞宫证

主症：经前形寒肢冷，经期下腹凉痛，得暖稍舒，经行不畅，四肢不温，纳谷不香，苔薄白，脉弦迟。
主法：温经散寒
方药：温经汤化裁

桂　枝 10g	白　芍 10g	炮　姜 10g	乌　药 10g
鹿角霜 15g	炙甘草 10g	蛇床子 10g	木　香 10g
砂　仁 10g	艾　叶 5g	高良姜 10g	香　附 10g

川　断 15g　　焦三仙 30g

（2）肝郁血滞证

主症：经前胁乳胀痛，心烦易怒，经期腹部剧痛，经行暗块，块下痛缓，经后口苦纳呆，苔薄白，舌质紫，脉弦涩。

主法：疏肝活血

方药：四逆散化裁

柴　胡 10g　　枳　壳 10g　　青　皮 10g　　赤　芍 10g
丹　参 30g　　川楝子 10g　　玄　胡 10g　　生栀子 10g
莱菔子 15g　　生山楂 15g　　蒲　黄 10g　　炒橘核 30g
地　龙 10g　　蚕砂 15g包

（3）营血亏损证

主症：经前神疲气短，精神不振，少言懒动，经期下腹隐痛，连绵不止，经行色淡量少，纳差便溏，心悸失眠，苔薄白，舌质淡，脉沉细。

主法：健脾养血

方药：归脾汤化裁

生　芪 15g　　当　归 10g　　白　芍 10g　　炙甘草 10g
香　附 10g　　鸡血藤 10g　　炒白术 10g　　生　地 10g
黄　精 10g　　葛　根 10g　　木　香 10g　　三七粉 3g冲
生杜仲 10g　　菟丝子 10g

除内服外痛经还可**外敷**，按虚实不同来组方：

虚证

桂　枝 30g　　鹿角霜 30g　　山　药 30g　　白　芍 60g
生　芪 60g　　当　归 30g

实证

丹　参 60g　　生栀子 30g　　川楝子 30g　　玄　胡 30g
乌　药 60g　　乳　没各 30g

以上共研细末陈醋调成厚糊状（过敏者浓茶调），每晚睡前用布敷于神阙、关元、三阴交、双涌泉，晨起去除。

痛经针灸有效，将在针灸镇痛条目中介绍。痛经发作常常心烦意乱，其苦难忍，越烦越痛，要嘱患者放松，转移注意力，“意疗”配合则止痛效应更佳。

50. 胎前产后治则述要

（1）胎前诸病治则三要

1）**胎前宜凉**。“妊娠必须清热调血，使血循经，以养其胎。”凉药首选黄芩，次用公

英、黄连、栀子、竹茹。忌用过凉的龙胆草、秦皮、白头翁等。

2）**注意养胎**。“胎脉系于肾，胎气载于脾。”故养胎之法，重在健脾固肾，所谓：“肾固而胎安，脾健则胎不坠也。”药投炒白术、桑寄生、川断、人参、生芪、生杜仲、菟丝子、当归、白芍。另入苏梗，一则安胎，二则补而不滞。

3）**治法三禁**。“不可汗，不可下，不可利小便。”汗则亡阳伤气，下则亡阴伤血，尿则伤精损液。另外还应注意妊娠药禁。凡峻下、滑利、行血、破血、耗气、散气及一切有毒之品均宜慎用。《内经》所谓的“有故无殒亦无殒也”，只是指孕妇有病，当以治病为主，不可缩手缩脚，以免影响疗效。但也不可一意猛行，总要顾及胎气，不能病愈而胎伤，得不偿失。

(2) 产后诸病治则三要

1）**产后宜温**。“产后气血骤伤，百脉空虚”，故其治总以温补为先，常用大补的参芪、当归、阿胶、大枣、龙眼肉等，佐以温通的桂枝、鹿角、炮姜、乌药之类。应当注意补而不滞，温而不燥，滋而不腻，常常配用砂仁、木香、焦三仙、生鸡内金和寒性反佐以公英、连翘、黄柏等。产后如感风寒切忌过汗。如遇忧郁勿专耗散，如有停食，必兼醒脾，如有热象不宜过凉。

2）**宜重三审**。“先审少腹痛与不痛，以征恶露之有无；次审大便通与不通，以征津液之盛衰；再审乳汁行与不行，饮食之多少，以征胃气之充馁。”由此立法行滞、通便和下乳便成产后治则的三个关键。**行滞**常选用乌药、香附、桔梗、薤白、木香、郁金。**通便**常选用菊花与当归、草决明、全瓜蒌、莱菔子、桃仁。**下乳**常选用生谷芽、生麦芽、生芪、路路通、公英、炒橘核。

3）**先消瘀血**。“产后必有败血”，如停于脾胃则见腹胀痛、呕吐逆。流注肌肤则见浮肿麻木。留滞关节则见痛楚挛急。当投祛瘀生新之品，如三七、泽兰、益母草、丹参、鸡血藤、地龙等。

调治胎前产后诸病切忌攻伐，亦不能峻补。因为这两个期间是妇女特殊易损之时，过者有害，不足亦有害，以和为妥，求其平矣。

51. 儿科治重消导

小儿脾胃幼娇，运化无力，加以父母爱子心切，常常饮食失节，以致食阻是儿科最主要最常见的病证。消导法就成了儿科最常用最有效的治法。**保和丸几乎可以通治儿科诸疾**。有三案为证：

(1) 小儿发热案

8岁幼童，李姓，隆冬滑冰汗出当风不慎感冒，是夜发热恶寒，体温39℃，头痛无汗，咳痰难咯，白沫清稀，四肢痠楚，不思饮食，两便尚调，两肺呼吸音较粗无明显啰音，咽不

红，血象白细胞不高，胸透肺纹理增粗，系病毒上感，苔薄白，脉浮紧。风寒束肺，肺失肃降。治当辛温解表，以荆防败毒散合保和丸化裁。

荆芥穗 10g　防　风 5g　桔　梗 10g　苏　子 5g
连　翘 5g　莱菔子 10g　云　苓 10g　陈　皮 10g
川　芎 5g　焦三仙 30g

温服令出汗，1 煎后体温降为 37.6℃，咳嗽头痛大减，能进稀粥。共进 3 剂而解。

(2) 小儿咳喘案

5 岁幼女，张姓，自幼支气管炎，劳累、着凉、饱食后发作。近年喘息痰涌，作则难以平卧，抬肩鼻煽，纳呆便干。西医诊断喘息性支气管炎。苔黄腻，脉弦滑。痰浊阻肺，肺气上逆，以清气化痰，平降肺气立法，麻杏石甘汤合保和丸化裁。

蜜麻黄 5g　生石膏 15g　杏　仁 5g　葶苈子 5g炒
莱菔子 10g　云　苓 10g　全瓜蒌 15g　陈　皮 10g
焦三仙 30g　连　翘 10g　车前草 15g　桑白皮 5g
白　菊 5g　草决明 15g

上方连进 5 剂，咳痰显减，喘息缓解。共服 3 周 21 剂，喘息控制，咳痰已少，纳增便润，前方去麻黄、石膏、桑白皮，加北沙参 10g、芦根 10g，改为一剂分两晚服以资巩固，嘱服 2 个月，未来复诊。

(3) 小儿风疹案

10 岁男童，吴姓，欢度中秋饱食月饼、葡萄等食品，入夜脘胀嗳气，转侧难卧，晨起发现周身风疹焮红，奇痒难忍，大便难下。苔黄腻，脉弦滑。食阻中焦，热蕴肌肤。治宜清热消导，犀角地黄汤合保和丸化裁。

生　地 10g　丹　皮 10g　赤　芍 10g　丹　参 15g
野菊花 5g　板蓝根 15g　云　苓 10g　陈　皮 10g
莱菔子 10g　连　翘 10g　焦三仙 30g　生鸡内金 30g
防　风 5g　全瓜蒌 15g　地肤子 5g

服药 7 剂，风疹减退大半，脘胀消失，大便通畅，食纳正常。苔薄黄，脉弦缓。再服 7 剂，风疹全退，纳便正常。

52. 中医对恶性肿瘤的认识

(1) 肿瘤的病名

“瘤”的病名始记于公元前 11 世纪的殷周甲骨文。“瘤”的分类则始记于春秋战国时的《灵枢·刺节真邪》。**“癌”字始见于 800 多年前宋代的《卫生宝书》，**但当时的描述并非指恶性肿瘤。手术治瘤始记于公元 7 世纪的《晋书》：“初帝目有大瘤疾，使医割之。”

以“癌”来论述恶性肿瘤的病名则始记于明代《外科启玄》，专有“论癌发”一节。但近代大多恶性肿瘤的病名在古代医籍文献中大多无法查及，有的只能从其描述的病情加以类似的对照。虽然仅是类似，但由于是病名的归类，对中医的临床诊治方法就比较容易寻找并遵循而具有实用价值，并非病名的文字游戏。现将常见恶性肿瘤的类似病名对照及最早的文献记载列下：

1）胃癌：胃反，翻胃。《金匮要略》：“朝食暮吐，暮食朝吐，宿谷不化，名曰胃反。脉紧而濇，其病难治。”

2）食道癌：噎膈，膈证，噎食，关格。《丹溪心法》：“其槁在上近咽之下，水饮可行，食物难入，名之曰噎。其槁在下与胃为近，食虽可入，食久复出，名之曰膈。”

3）肺癌：息积，息贲。《灵枢·奇病》：“病胁下满气逆，二三岁不已，名曰息贲。”《灵枢·经筋》：“病甚成息喷，胁急吐血。”

4）肠癌：积聚。《灵枢·五变》：“人之善病肠中积聚者，何以候之？……皮肤薄而不泽，肉不坚而淖泽，如此则肠胃恶，恶则邪气留止，积聚乃作。”

5）肝癌：肝积，肝胀，肝着，肝壅，癖黄，伏梁。《诸病源候论·积聚候癖黄候》：“诊得肝积，脉弦而细，两胁下痛……身无膏泽，喜转筋，爪甲枯黑，春瘥秋剧，色青也。”“气水停滞积聚成癖，因热气相搏，则郁蒸不散，故胁下满痛，而身发黄，名为癖黄。”

6）乳腺癌：乳岩，妒乳，乳黄，乳硬，乳嵒，乳癌。《丹溪心法》：“疮陷名曰乳岩，以其疮形嵌凹，似岩壳也。”

7）子宫癌：石瘕。《灵枢·水胀》：“石瘕，生于胞中，寒气客于子门，子门闭塞，气不得通，恶血当泻不泻，衃以留止，日以益大，状如怀子，月事不以时下，皆生于女子。”

8）恶性淋巴瘤：失荣，石疽，恶核。《外科正宗》：“失荣多生肩之上，初起微肿，皮色不变，日久渐大，坚硬如石……形容瘦削。”

9）皮肤癌：黑疔，石疔，青疔，翻花疮。《中藏经》：“黑疔者，起于耳前，状如疤痕，其色黑……不出三岁，祸必至矣，不可治也。”

10）其他：白血病（虚劳，血证），骨瘤（骨疽），唇癌（茧唇），舌癌（舌菌）。

（2）肿瘤的病因

古代文献论述肿瘤的成因时不单强调精神因素，而且认为是外邪、伤食以及脏腑虚弱的综合作用。正如《圣济总录》所云：“有得之于食，有得之于水，有得之于忧思，有得之于风寒。”

1）精神因素：《医学入门》云：“郁结伤脾，肌肉消薄，于外邪相搏而成肉瘤。”

《外科正宗》：乳癌由于“忧郁伤肝，思虑伤脾，积想在心，所虑不得志者，致经络痞涩，聚结成核。”

《医学津梁》：噎膈由于“忧郁不开，思虑太过，忿怒不伸，惊恐变故，以致血气并结于上焦”。

《医宗金鉴》：失荣由于“忧思恚怒，气郁血逆，与火凝结而成”。

2）饮食因素:《济生方》:"过餐五味,鱼腥乳酪,强食生冷果茶,停蓄胃脘……久则积结为癥瘕。"

《医学统旨》:"酒面煿炙,黏滑难化之物,滞于中宫,损伤脾胃,渐成痞满吞酸,甚则为噎膈,反胃。"

《外科正宗》:"茧唇因饮食煎炒,过食炙品,痰随火行,留注于唇。"

3）外邪因素:《灵枢·刺节真邪》:"虚邪之入于身也深,寒与热相搏,久留而内着,……邪气居气间而不反,发为筋瘤。有所结,气归之,卫气留之,不得复反,津液久留合而为肠瘤。"

《灵枢·水胀》:"寒气客于肠外,与卫气相搏,气不得营,因有所系;癖而内着,恶气乃起,息肉乃生,其始生也,大如鸡卵。"

4）机体因素:《景岳全书》:"噎膈反胃名虽不同,病出一体,多由气血虚弱而成。"

《外科启玄》:"癌发,四十岁以上,血亏气衰,厚味过多,所生十全一、二。"

《外科医案汇编》:"正气虚则为岩。"

(3) 肿瘤的病机

1）重视"脏腑虚弱"的前提:《景岳全书》:"脏腑虚弱,乃能结聚成块。"

2）强调"气滞血瘀"的归宿:《杂病源流犀烛》:"血气凝涩,渐而人肠胃,阳不化气,而肠外汁沫迫聚不散,兼多食而不及运化,汁又溢肠外,与血相搏,起居用力过度,络伤血瘀得寒则食积血积,所必不免,此积之所由成也。"

3）提出"痰浊凝滞"的机理:《证治要诀》:"诸痞塞及噎膈乃是痰为气所激而上,气不为痰所膈而滞,痰与气搏不能流通。"

4）论及"热毒蕴结"的因素:《医学正传》:"小肠热结则血脉燥,大肠热结则不能圊,膀胱热结则津液涸。三阳既结,则前后闭塞。下既不通必反而上行,所以噎食不下。"

5）包含"遗传因子"的粗识:《医宗金鉴》:"胎瘤乃胎前孕母积热,以致胞热,更兼血瘀滞结而成。"

(4) 主要治则的演变

古代文献记述肿瘤的治则占有较大的篇幅,而且争论较多,各有主张,搞清主要治则的演变,对目前的临床仍具重要的指导意义。

1）"养正气,积自除":这是主张以补法为主治疗肿瘤的观点,所谓"扶正以祛邪"。《活法机要》:"壮人无积,虚人则有之,脾胃怯弱,气血两衰,四时有感,皆能成积。若遂以磨坚破结之药治之,痰须去而人已衰矣!"扶正法主要是补气,养血,温阳,滋阴四法。

2）"攻病邪,正自安":这是主张以攻法为主治疗肿瘤的观点,所谓"邪去正方安"。《儒门事亲》:"岂有病积之人,大邪不出而可以补之乎?"祛邪法主要是活血化瘀,清热解毒,化瘀散结三法。

3）攻补兼施,调理脾胃:这是主张按具体情况灵活运用攻与补而且顾及脾胃的观

点。《景岳全书》:“攻补之宜当于孰缓孰急中辨之,凡积聚未久而元气未损者,治不宜缓,盖缓之则养成其势,反以难制,以其所急在速攻可也。若积聚渐久,元气日虚,此而攻之,则积气本远,攻不易及,胃气切近,先受其伤,愈攻愈虚,则不死于积而死于攻矣。……故凡治虚邪者,当从缓治,只宜专培脾胃以固其本。”调理脾胃有脾胃气虚,脾胃虚寒,中气下陷,脾胃阴伤,脾虚生痰,脾虚生湿,肝木侮土,肝气乘胃,食滞中焦,阳明胃热,土不生金,火不生土十二法。

另外,还有两点至今仍有临床意义:其一是分期立法。根据病期制订治法。《医宗必读》:“初者病邪初起,正气尚强,邪气尚浅,则任受攻。中者受病渐久,邪气较深,正气较弱,任受且攻且补。末者病历经久,邪气侵凌,正气消残,则任受补。”其二是外治法。《外科正宗》的飞龙阿魏化坚膏,《卫济宝书》的麝香膏,《串雅内编》的枯瘤散。《医宗金鉴》的季芝鲤鱼膏,《太平圣惠方》的瘿瘤外贴方,《儒门事亲》的系瘤法和枯腐方。

(5) 代表方药归类

1) 扶正培本类:《脾胃论》的补中益气汤,《景岳全书》的右归饮,《医宗必读》的补气运脾丸,《医学心悟》的和中丸,《和剂局方》的八珍汤。主药:人参、党参、黄芪、山药、云苓、女贞、杞子、冬虫夏草、补骨脂、菟丝子、当归。

2) 活血化瘀类:《伤寒论》的抵当汤,《金匮要略》的大黄䗪虫丸,《医林改错》的血府逐瘀汤,《肘后备急方》的干漆丸,《医宗金鉴》的没药丸,《中藏经》的治癥瘕方,《外科全生集》的犀曲丸和小金丹,《外科正宗》的蟾酥丸和五通丸。主药:三棱、莪术、水蛭、土鳖虫、桃仁、红花、丹参、乳香、没药、苏木。

3) 理气降逆类:《金匮要略》的大半夏汤,《伤寒论》的旋复代赭汤,《医学入门》的大七气汤,《医宗必读》的香砂宽中汤,《圣济总录》的化气丸。主药:木香、旋复花、生赭石、槟榔、砂仁、香附、青皮、陈皮、半夏。

4) 清热解毒法:《外科发挥》的仙方活命饮,《外科正宗》的清凉甘露饮。主药:蚤休、土茯苓、花粉、公英、山豆根、苦参、败酱草。

5) 化痰散结类:《外科精要》的神效瓜蒌散,《千金翼方》的小狼毒丸,《外科正宗》的和荣散坚丸,《证治准绳》的鳖甲丸和黄药酒,《医宗必读》的昆布丸,《医宗金鉴》的海藻玉壶汤,《金匮要略》的鳖甲煎丸,《普济方》的穿瘿丸。主药:胆南星、瓜蒌、半夏、葶苈子、鳖甲、昆布、海藻、牡蛎、贝母、山慈姑、夏枯草、礞石、牛黄、皂刺。

6) 攻补兼施类:《脾胃论》的加减痞气丸,《医宗必读》的阴阳攻积丸,《杂病源流犀烛》的十六味流气饮,《医宗必读》的息贲丸和肥气丸,《医学衷中参西录》的参赭培气汤。

(6) 各病种的首选药

1) 肝癌:鳖甲、龙葵、莪术、藤梨根、蛇舌草、半枝莲、喜树碱、丹参、苦参、川楝子。

2) 食道癌:瓜蒌皮、威灵仙、生赭石、急性子、山慈姑。

3) 胃癌:藤梨根、蛇舌草、莪术、白术、喜树碱、肿节风、蛇莓。

4）肠癌：生苡仁、苦参、生地榆、蛇舌草、藤梨根、肿节风、喜树碱。

5）胰腺癌：藤梨根、半枝莲、生军、三七、肿节风。

6）肺癌：白英、半枝莲、鱼腥草、山海螺、全瓜蒌。

7）鼻咽癌：蛇莓、蜂房、苍耳子、龙葵、鹅不食草、半枝莲、马勃。

8）甲状腺癌：山慈姑、夏枯草、生牡蛎、海壳粉。

9）膀胱癌：白花蛇舌草、龙葵、蛇莓、半枝莲、土茯苓、喜树碱、白英。

10）乳腺癌：长春花碱、山慈姑、蜂房、山甲、公英、夏枯草。

11）皮肤癌：莪术（直接给药 10ml/d）、农吉利（4ml/d 肌肉注射）、苦参、蛇舌草。

12）宫颈癌：莪术、白英、蛇舌草、墓头回、芡实、黄柏、生苡仁。

13）淋巴瘤：长春碱、夏枯草、半枝莲、鳖甲。

14）白血病：长春碱、青黛、墓头回、山豆根。

15）骨肉瘤：蜂房、龙葵、地鳖虫、补骨脂、莪术、山甲、三七。

(7) 重视食疗配合

1）补阳：胡桃、海参、韭菜子、龟肉。

2）补阴：元鱼、木耳、蘑菇、腐竹。

3）补气：花生、莲肉、山药、饴糖。

4）补血：桑椹、龙眼、杏脯、红枣。

5）忌口：鱼虾海鲜、羊肉狗肉、香菜香椿、茴香韭菜。

6）多食：蘑菇、木耳、菜花、包菜、胡萝卜。

(8) 针灸的辅助作用

1）三个辅助作用：增强机体免疫功能和抵抗力；缓解患者症状，特别是止痛和增加食欲；减轻放疗化疗的毒副反应。

2）十七种常见肿瘤的主穴：①颅内肿瘤：百会、风池、绝骨、三阴交。②鼻咽癌：上星、迎香、列缺、照海。③甲状腺癌：天突、合谷、内关。④肺癌：肺俞、列缺、合谷。⑤食道癌：膻中、内庭、内关、足三里。⑥胃癌：梁门、中脘、公孙、足三里。⑦肠癌：期门、蠡沟、三阴交、痞根（腰椎棘突下旁开 3.5 寸）。⑧胰腺癌：中脘、丘墟、阳陵泉。⑨膀胱癌：中极、申脉、昆仑。⑩宫颈癌：气海、蠡沟、三阴交、子宫（脐下 4 寸旁开 3 寸）。⑪卵巢癌：大椎、膻中、蠡沟、足三里、膈俞、肝俞。⑫淋巴肉瘤：曲池、足三里、蠡沟。⑬皮肤癌：列缺、合谷、足三里。⑭骨肉瘤：绝骨、三阴交、足三里、曲池。⑮绒毛膜上皮癌：关元、子宫、三阴交。⑯阴茎癌：气海、蠡沟、太溪。⑰白血病：大椎、膏肓俞、膈俞、肝俞。

3）十四种主症取穴：①疼痛：气滞取气海、膻中、肝俞、风市、风门、风池。血瘀取膈俞、血海、曲池。虚寒取中脘、关元、胃俞。耳针取皮质下、心、交感、神门、耳尖，也可哌替啶、普鲁卡因耳穴注射。②头痛：热毒取风池、内关。痰浊取丰隆、中渚。寒厥取大杼、列缺。肝火取太阳、侠溪。血虚取印堂、足三里。③发热：曲池、外关、大椎、合谷及

尺泽、委中放血。④声音嘶哑：合谷、大椎、劳宫、照海。⑤吞咽困难：不容、承满、中脘、落枕（手背第2、3掌骨间，掌指关节后0.5寸）。⑥呕吐：太冲、内庭、内关、足三里、梁丘。⑦呃逆：灸中魁，耳穴：交感、神门、皮质下。⑧ 出血：咯血：膻中、丰隆、二白（腕上4寸，肌腱内外各1穴）。吐血：曲池、二白。尿血：中极、伏兔。宫血：膈俞、血海、蠡沟、二白、隐白。⑨腹水：灸关元、水分或针人中，灸水分。⑩淋巴结肿：阳陵、绝骨、臂臑、曲池、足三里。⑪乳腺肿块：曲池、阳陵。⑫视力下降：医明（医风后1寸）、光明、睛明、养老。⑬耳鸣：医风、听宫、外关。⑭昏迷：人中、中冲、十宣、十二井、素髎。

4）减轻放化疗反应：①胃肠道症状：中脘、天枢、足三里、内关或灸中魁或头针胃区加内关或耳穴选肾、肾上腺、贲门、胃、口、皮质下、枕、神门、内分泌。②骨髓抑制：白细胞下降：大椎、内关、曲池、足三里，先针后灸。红细胞下降：大椎、膈俞、心俞。③神经症状：头痛：太阳、合谷。失眠：头维、上星、百会、神门。尿频：中极、三阴交或膀胱俞、委阳。④口干咽燥：曲池、委中、廉泉、太溪。

5）提高免疫功能：大椎、身柱、神道、灵台、筋缩、命门、脾俞、胃俞、中脘、关元、气海选2～3穴灸法。胃俞、合谷、内关、曲池、足三里、三阴交、肾俞、脾俞、太冲、太溪、太白、悬钟、阳陵、神门、外关针刺补法。华佗夹脊梅花针叩刺。

53. 六首治癌方与十六味抗癌药

经临证实践的探索，一首丸药缓图方，五首常见癌瘤方和十六味常用抗癌药均有一定的疗效，可供临证参考。

(1) 六首治癌方

1）犀黄丸加味

贵重药：

麝　香 5g	牛　黄 5g	西洋参 30g	三七粉 60g冲
羚　羊 5g	海马粉 10g	熊　胆 5g	冬虫夏草 10g
灵　芝 30g			

一般药：

生　芪 60g	当　归 30g	生杜仲 30g	桑寄生 30g
云　苓 30g	生苡仁 60g	仙鹤草 30g	山　药 30g
丹　参 60g	焦三仙 90g	生鸡内金 90g	制乳没各 30g
炒白术 30g	白花蛇舌草 60g		

酌加药：按“各病种的首选中药”项，针对相应病种酌加其药。

贵重药单独研末，一般药和酌加药共研细末，同贵重药粉和匀，装入1号胶囊（0.3g），每天3次，每次10粒。

2）胃癌方

党　参 15g	炒白术 10g	生苡仁 10g	陈　皮 15g
菖　蒲 10g	郁　金 10g	莪　术 10g	赤白芍各 10g
芦　根 10g	藤梨根 15g	木　香 10g	白花蛇舌草 30g

3）食道癌方

生赭石 30g	清半夏 10g	全瓜蒌 30g	人　参 3g另煎兑服
急性子 10g	丹　参 30g	生鸡内金 30g	白花蛇舌草 30g
威灵仙 10g	仙鹤草 10g	三七粉冲 6g	生苡仁 60g包煎

4）肠癌方

生　芪 15g	当　归 10g	生地榆 10g	黄　柏 10g
木　香 10g	生苡仁 15g	仙鹤草 10g	马齿苋 30g
焦三仙 30g	苦　参 10g	煨葛根 10g	白花蛇舌草 30g

5）肝癌方

党　参 15g	丹　参 30g	苦　参 10g	茵陈 15g后下
醋鳖甲 15g	板蓝根 15g	半枝莲 15g	金钱草 15g
川楝子 10g	玄　胡 10g	木　香 10g	郁　金 10g
生鸡内金 30g	全瓜蒌 30g	丹　皮 10g	

6）乳腺癌方

竹柴胡 10g	橘　叶 30g	夏枯草 15g	赤白芍各 10g
路路通 10g	生牡蛎 30g	山慈姑 10g	仙灵脾 10g
香　附 10g	公　英 10g	生杜仲 10g	白花蛇舌草 30g

(2) 十六味抗癌药应用

凡经动物试验表明能影响肿瘤细胞的代谢，抑制肿瘤细胞的增生，这类药物统称抗肿瘤药，也叫抗癌药。临床常用的有长春碱、喜树碱、莪术、农吉利、山慈姑、蜂房、斑蝥、马钱子、黄药子、肿节风、白英、蛇莓、龙葵、白花蛇舌草、藤梨根、半枝莲共 16 味。

1）**长春花**《植物名实图考》：产于云南，药用全株，提取有效生物碱制成 1mg 针剂，处方名为长春碱、长春新碱(VCR)。用**治恶性淋巴瘤、急淋，其次为绒癌、乳腺癌，兼能降压**。毒性为降低白细胞。

2）**喜树**《植物名实图考》：产于两湖两广、云贵川，药用根皮、树皮，提取生物碱制成 5mg 针剂，处方名为旱莲木、千张树、南京梧桐、喜树碱(CPT)。用**治胃肠道癌肿，其次是头颈部腺癌、膀胱癌**。毒性为尿血，膀胱刺激症。

3）**莪术**《开宝本草》：产于江浙，药用根茎，水煎或提制成针剂、栓剂(5%)，处方名为蓬莪术、温莪术，抗癌成分是挥发油。用**治宫颈、外阴皮肤癌**，可癌灶直接给药，又兼**治气滞血瘀的闭经、癥积和食滞的腹满**。毒性为局部刺激痛和血栓性静脉炎。

4）**农吉利**《植物名实图考》：产于华东、中南，药用全草，提取甲素制成 50mg 针剂，

处方名为野百合、大叶猪屎青，**局部用治皮肤癌，全身用药有肝肾损害。**

5）**山慈姑**《全国中草药汇编》：产于云南，药用鳞茎，抗癌成分为秋水仙碱，处方名为毛慈姑、独蒜兰、光慈姑。用**治乳腺、甲状腺、食道癌，兼治瘰疬、瘰核。**

6）**蜂房**《神农本草经》：产于各地，药用带蜂蛹的巢，抗癌成分为蜂蜡，处方名露蜂房、马蜂窝。用**治乳腺癌、头面部肿瘤，可止癌痛又能消肿解毒。**

7）**斑蝥**《神农本草经》：产于辽宁、江苏，药用去头、足、翅的全虫，含斑蝥素，处方名芫青、斑猫。用**治肝、食道、胃癌**，也用于皮肤发泡作免疫试验，对消化道、泌尿道有刺激、毒性，宜饭后服并可用绿茶、甘草解毒。

8）**马钱子**《本草纲目》：产于印度、东南亚、广东、海南，药用种子，含士的宁，处方名番木、土木别。用**治消化道、肺癌，兼治跌打痹证、神经麻痹。**制用解毒，生用剧毒，轻则口麻牙紧，重则惊厥昏迷。

9）**黄药子**《开宝本草》：产于东南部，药用块茎，含萜类，处方名黄独金钱、吊蛤蟆。用**治甲状腺、乳腺良、恶性肿瘤、消化道癌**，可泡酒服。对肝有损害。

10）**肿节风**《药性备要》：产于南方，药用全草，含挥发油，制成2.5g片剂，处方名为九节茶、接骨金粟兰、九节风、草珊瑚。用**治消化道癌，兼治痹证麻木，抗菌消炎。**

11）**白英**《神农本草经》：产于东南部，药用全草，含白英碱，处方名蜀羊泉。用**治肺、宫颈、膀胱癌**，兼清热利湿，治疮疡(抗金葡菌、铜绿假单胞菌)。

12）**蛇莓**《本草别录》：产于辽宁，药用全草，处方名蛇果草。用**治胃、鼻咽、声带癌，兼抗菌消炎，尤其是咽部感染。**

13）**龙葵**《新修本草》：产于各地，药用全草，含龙葵碱，处方名老鸦眼睛草。用**治各种癌，尤消癌性胸腹水。**

14）**白花蛇舌草**《广西中药志》：产于江南，药用全草，含多种酸、醇类，处方名蛇舌草、水钱草。用**治各种癌，尤使白细胞、网状细胞吞噬能力升高而增强免疫**，也可**改善肿瘤压迫的尿潴留。**

15）**藤树根**《河南中草药手册》：产于各地，药用根部，含猕猴桃碱，处方名猕猴桃根、阳桃根、猫人参。用**治胃肠道肿瘤，兼治痹证、黄疸。**

16）**半枝莲**《江苏植物志》：产于南方，药用全草，含生物碱，处方名狭叶韩信草、并头草。用**治各种癌，兼广谱抗菌并利尿治肝病。**

54. 原发性肺癌的中医治疗

原发性肺癌是常见的多发恶性肿瘤，其发病率和病死率均呈逐年上升趋势。系男子恶性肿瘤里的首位发病者，以云南个旧锡矿发病率最高。据统计，死亡4人中有1个死于恶性肿瘤病，而每5个恶性肿瘤死亡中就有1个死于肺癌。有资料统计400例未治肺癌，其首发症状到死亡时间为2周～104个月，平均13.8个月，1年的自然生存率才8%，2年2%，5年1%。

肺癌的**病因学有三条较为明确**：

1）**职业因素**：目前公认对人类致癌的纯化学物质大部分都能致肺癌。例如炼砷业、镀镍业、炼钢业、金矿业、杀虫剂等含砷的致癌性已为流行病学证实，死亡率比一般居民高出7倍，其致癌性主要引发未分化癌，而且发病年龄也轻。电离辐射中的钴60，金199和氡气都可致未分化癌和鳞癌。石棉业患肺癌较一般人高15倍，石棉尘肺约1/3可转成肺癌，以鳞癌、未分化癌为主。铬和镍主要引发未分化癌。接触煤焦油和沥青者死亡率为一般人的5倍，主要引发鳞癌和腺癌。

2）**环境污染**：据测定，肺癌死亡率同空气中的3,4-苯比芘的含量成正相关。主要来源于汽车的尾气。有调查表明污染严重的城市居民每日的吸入量可超过20支香烟，其发病率要比农村高8～11倍。

3）**吸烟习惯**：据统计，每天吸烟20支以上，时间在20年以上，肺癌的发病率比不吸烟者可高20倍以上，称为"三个20现象"。戒烟后10年，其发病率则可降到不吸烟者的水平。吸烟主要引发鳞癌和未分化癌。

中医没有肺癌病名，类似于"肺积"和"息贲"。前者始记于《灵枢·奇病》，后者始记于《灵枢·经筋》和《难经·五十六难》。中医论述肺癌的**成因亦有三条**：

1）**正气虚损是主因**：《医宗必读》："积之成者，正气不足，而后邪气踞之。"由于肺主气而布津液，贯心脉而司呼吸，一旦肺气不足或肺阴亏损就会造成津液难布，聚津生痰，痰凝肺络而气机失畅，心脉不行而瘀血内生，痰瘀互结，久积成块。

2）**忧虑过度，饮食失节是诱因**：《景岳全书》："饮食无节以渐留滞者，多成痞积。"久嗜烟酒肥甘，常致热毒、水湿、痰浊内积，加之忧虑气结，更易聚结成块。

3）**感受毒邪是外因**：古训"肺为清虚之脏，吸之则满，呼之则虚。"如果邪毒反复内侵肺脏，必然影响其清肃功能，促使积块增剧。

中医治疗原发性肺癌，因收治的患者，大多是经西医治疗无效者，处于"晚期中的晚期"，往往是"死马当活马医"。加上自身的不足，个案有效者多，尚未形成治疗规律可循，故疗效水平不高，重复性较差，仍需临床探索。但**中药治疗可减轻肺癌患者的症状，提高生存质量，延长生命，对放疗化疗的增效减毒作用已经比较确定。**

20世纪70年代，周总理去世，出于感情，中医界掀起攻克肿瘤的研究热潮。当时在广安门医院受领导指派筹建肺癌病房，主持工作达5年之久。嗣后继续诊治众多患者，探索出点滴经验，归纳起来有三条：发挥辨证论治优势；"意疗"的关键作用；"食疗"的辅助配合。

（1）发挥辨证论治的优势

1）**基本方选用千金苇茎汤加减**，由芦根30g、生苡仁10g、白花蛇舌草30g、桃仁10g、冬瓜仁10g、鱼腥草30g 6味药组成。

按辨证分类加入各证类主药：①气虚：面白气短，纳差乏力，苔薄白，质淡胖，脉沉细。主药：生芪、太子参（人参）、炒白术、云苓。②阴虚：五心烦热，干咳带血，苔净质红，

脉象细数。主药:北沙参、天麦冬、百合。③ 痰湿:胸闷且痛,纳呆口黏,痰多身重,苔腻脉滑。主药:全瓜蒌、清半夏、胆星、天竹黄(竹茹)。④ 血瘀:胸痛明显,痰血紫块,舌紫脉涩。主药:丹参、川芎、当归、三七粉、血余炭、桃仁。⑤ 热毒:发热口渴,痰黏尿赤,苔黄腻燥,脉象弦滑。主药:羚羊角粉、黄芩、生栀子、车前草、生石膏、知母、山豆根、苦参。

肺癌有咳痰、咯血、胸痛、发热四个主要症状,中药对症有效可以酌加:①咳痰:应着重于化痰,并辨清寒热,辨痰不在色而在质,黏痰无论黄白均属热多,重用葶苈子,稀痰则属寒多,重用白芥子。热痰寒痰均用苏子、莱菔子。痰多者还可选用胆星、礞石、蛤壳粉、牛蒡子、竹沥水、蛇胆陈皮末。干咳者可选用川贝、紫菀、北沙参,养阴清肺膏、枇杷露等。止咳痰还可用地龙、桔梗煎水雾化吸入。②咯血:以止血粉为主(花蕊石、川贝、白及、三七等分研末,装入胶囊),每天 2 次,每次 3g。但不能单纯止血,首先要分清病因。属血热妄行的要加茜草、丹皮、栀子。属脾不统血的要加生芪、人参、仙鹤草、白扁豆、黄精。属瘀血阻络的要加丹参、三七、血余炭、黄芩炭。止咳血必先止咳化痰,加川贝、苏子、炙杷叶、紫菀、桔梗。③胸痛:肺癌累及胸膜常有胸痛,持续时间长且难止,可加细辛、徐长卿、川椒、罂粟壳。也可用细辛 3g、血竭 10g、芥末 10g、冰片 1g 研末调敷痛处。④发热:退热宜分辨虚实。虚者用生芪、人参(太子参)、麦冬、五味子、青蒿、地骨皮、银柴胡。实者用山豆根、苦参、柴胡、竹叶、公英、地丁、野菊、桑叶、生石膏。

2) **中药可以使放化疗增效和减毒**。目前,肺癌的化疗水平仍较低下,分析原因,首先是肿瘤细胞的不均匀性,当敏感群被放疗、化疗杀灭后,另一部分非敏感群却迅速生长,造成临床不久的复发转移并对放疗、化疗呈抵抗性,小细胞未分化癌常常如此。其次是肿瘤在早期阶段倍增时间短(4 天),生长迅速,随着病灶的增大,其倍增时间就延长(90 天),生长减慢,而且当病灶过大时,其中心可能由于核酸代谢或细胞死亡,产生多量的胸腺嘧啶聚积,这些原因都能降低对放疗、化疗的敏感性而影响疗效。最后由于癌瘤本身加之放疗、化疗,引起机体免疫功能下降,易引发感染,造成机体的**高凝血状态,发生栓塞及转移,使肺癌死于非肿瘤病的感染、栓塞比例极高。**

对放化疗增效的中药有:提高免疫功能的生脉针、参麦针、黄芪针、猪苓多糖针以及参类、云苓、枸杞子、菟丝子、女贞子、生芪、黄精、仙鹤草等;**改善机体高凝血状态**的丹参针、川芎嗪针以及三七、鸡血藤、丹参、花蕊石、红花、桃仁等。

对放化疗减毒的中药有:①减轻骨髓抑制:生芪、枸杞子、鸡血藤、石韦、冬虫夏草、党参、紫河车、鹿茸、人参。②**减轻胃肠反应**:人参、姜黄、陈皮、云苓、木香、竹茹、莱菔子、焦三仙、生鸡内金。③**减轻口腔溃疡**:生芪、生地、玄参、银花、板蓝根、山豆根、川连。④**减轻肝功能损害**:太子参、党参、丹参、苦参、生鸡内金、郁金、木香、板蓝根、金钱草、姜黄、茜草。⑤**减轻静脉炎**:黄柏、大黄、虎杖、苏木、丹参浓煎湿敷。

(2)"意疗"的关键作用

中医治疗肺癌"意疗"起到**关键作用**。患者放下包袱,有强烈的求生欲望,保持情绪饱满,心态平衡,对疗效的取得举足轻重。不少患者精神不振,越恐惧越难生存,其例枚

不胜举。

(3)“食疗”的辅助配合

肺癌患者的饮食宜忌的配合也十分重要。“发物”易致转移，人人皆知。“**忌口**”应当讲究，尤应忌口鱼虾、韭菜、香菜、羊肉等等。动物食品只能食鸡、鸭、猪肉、牛肉和甲鱼。肺癌患者应当多食菌类(如蘑菇、木耳)、菜花、包心菜、胡萝卜、黄豆及其制品。

55. 十种良性肿瘤治验方

中医对良性肿瘤的疗效确切，有明显优势，现择其中的10类介绍其特殊验方：

(1)乳腺增生治重补肾活络

枸杞子 10g	女贞子 10g	川　断 10g	蛇床子 10g
补骨脂 10g	橘　叶 30g	公　英 10g	路路通 10g
丹　参 30g	山慈姑 10g		

加减：痛重选加川楝子10g、玄胡10g、三七粉3g冲。经期选加生地10g、当归10g、赤白芍各 10g。苔腻选加菖蒲10g、郁金10g、全瓜蒌30g。脉沉细选加冬虫夏草10g、生杜仲10g、肉苁蓉10g。

(2)子宫肌瘤治重调补阴阳

仙灵脾 10g	巴戟肉 10g	当　归 10g	知　母 10g
黄　柏 10g	桂　枝 10g	云　苓 15g	王不留行 10g
生苡仁 10g	泽　兰 10g	炒橘核 10g	三七粉 3g冲

加减：经量多选加茜草10g、杜仲炭10g、仙鹤草10g。痛重选加炒白术10g、鸡血藤10g。腰痠选加桑寄生10g、川断10g、老鹳草10g、鸡血藤10g、怀牛膝15g。

(3)附件囊肿治重疏肝透络

柴　胡 10g	枳　壳 10g	地　龙 10g	赤白芍各 10g
鸡血藤 15g	川楝子 10g	郁　金 10g	木　香 10g
水　蛭 10g	夏枯草 15g		

加减：少腹痛选加香附10g、伸筋草10g、三七粉3g冲。月经不调选加当归10g、益母草10g、阿胶珠15g。白带多选加蛇床子10g、地肤子10g、炒苍耳子5g。

(4)肺部炎性假瘤治重清热润肺

芦　根 30g	北沙参 10g	紫　菀 10g	川　贝 10g
炙杷叶 10g	苡　仁 15g	鱼腥草 30g	冬瓜仁 10g

丹　参 30g　　全瓜蒌 30g

加减：咳重选加前胡 10g、桔梗 10g、牛蒡子 10g。痰多选加葶苈子 10g炒、莱菔子 10g、竹茹 10g。胸痛选加赤芍 10g、苏木 10g、三七粉 3g冲。咳血选加仙鹤草 10g、黄芩炭 10g、生牡蛎 30g。低热选加青蒿 15g后下、地骨皮 10g、车前草 30g。

(5) 脑瘤治重化痰开窍

胆　星 10g　　天竹黄 10g　　枳　壳 10g　　清半夏 10g
云　苓 15g　　陈　皮 15g　　菖　蒲 10g　　郁　金 10g
川　芎 10g　　天　麻 10g

加减：头疼选加玄胡 10g、菊花 10g、白芷 5g。目花选加蝉衣 10g、薄荷 10g、草决明 30g。闭经选加泽兰 10g、丹参 30g、三七粉 3g冲。

(6) 肝血管瘤治重清心柔肝

连　翘 10g　　当　归 10g　　生　地 10g　　赤白芍各 10g
川楝子 10g　　金钱草 10g　　黄　精 10g　　板蓝根 30g
郁　金 10g　　竹　叶 10g　　野菊花 10g　　丹　参 30g

加减：胁疼选加木香 10g、沉香粉 3g冲、三七粉 3g冲。舌紫选加炙乳没各 10g、水蛭 10g、苏木 10g。胃胀纳呆选加莱菔子 10g、焦三仙 30g、砂仁 10g、生鸡内金 10g。

(7) 海绵状血管瘤外敷清肺凉血

枯　芩 15g　　炙杷叶 15g　　葶苈子 10g　　赤　芍 10g
丹　皮 10g　　丹　参 30g　　薄　荷 15g　　牛蒡子 10g
栀　子 10g　　郁　金 10g

共研细末醋或浓茶调敷患部，晚敷晨取。

(8) 脂肪瘤治重温阳化浊

桂　枝 10g　　蛇床子 10g　　生苡仁 10g　　制附片 10g先煎半小时
车前草 30g　　生　地 10g　　黄　精 10g　　泽　泻 10g
赤白芍各 10g

外敷方：

丹　参 30g　　川　椒 1g　　归　尾 10g　　赤　芍 10g
川　芎 15g　　野　菊 10g　　枳　壳 10g　　草决明 30g
三七粉 60g

共研细末醋或茶调敷患部。

(9) 纤维瘤治重健脾化瘀

党　参 15g　　炒白术 10g　　陈　皮 15g　　清半夏 10g

水　蛭 10g　地　龙 10g　土鳖虫 10g　郁　金 10g
生苡仁 10g　丹　参 30g
外敷方：
苏　木 30g　水　蛭 30g　丹　参 60g　郁　金 30g
丹　皮 30g　乳　没各 30g　冰　片 1g
共研细末醋或茶调敷患部。

(10) 甲状腺瘤治重滋水涵木

枸杞子 10g　菊　花 10g　生　地 10g　黄　精 10g
泽　泻 10g　草决明 30g　天　麻 10g　夏枯草 10g
桑寄生 10g　珍珠母 30g　生牡蛎 30g　海　藻 15g

加减：汗多选加生龙骨 30g、生芪 15g、浮小麦 30g。头晕选加蝉衣 5g、钩藤 15g、葛根 10g。心慌选加川芎 10g、石韦 10g、当归 10g、连翘 10g、琥珀粉 3g冲。震颤选加石决明 30g、防风 5g、磁石 30g。胀憋选加丹参 30g、生苡仁 10g、全瓜蒌 30g。

56. 关格治疗大法为降逆通关

小便不通称关，呕吐不止名格，两者合称关格。相当于西医的尿毒症、肾功能衰竭。常由肾炎、肾盂肾炎、肾结核、糖尿病、心脑血管病等发展而成，是泌尿系的主要急重危症。早期可有浮肿，气短不能平卧，尿少尿闭，尿蛋白 + + 以上，可见管型，恶心呕吐，尿素氮、肌酐增高，二氧化碳结合力下降，高血钾，高血磷，低血钙，精神委靡或烦躁抽搐，皮肤瘙痒，肢冷畏寒。

(1) 关格证中医有丰富的文献记载，主要者归纳为八条

1) 内难经以脉象论之

“人迎四盛，且大且数，名曰溢阳，溢阳为外格。”“脉口四盛，且大且数，名曰溢阴，溢阴为内关，内关不通，死不治。人迎与太阴脉口俱盛四倍以上，命日关格，关格者，与之短期。”(《灵枢·终始》)

“人迎与寸口俱盛，四倍以上，为关格，关格之脉赢，不能极于天地之精气，则死矣。”(《素问·六节藏象论》)

“阴气太盛，则阳气不能荣也，故曰关。阳气太盛，则阴气弗能荣也，故曰格。阴阳俱盛，不得相荣，故曰关格。关格者，不得尽期而死也。”(《灵枢·脉度》)

“遂上鱼为溢，为外关内格，此阴乘之脉也。”

“遂入尺为覆，为内关外格，此阳乘之脉也。故曰覆溢，是其真脏之脉，人不病而死也。”(《难经·三难》)

2) 张仲景始以尿闭呕吐论关格

"关则不得小便,格则吐逆。"

"趺阳脉伏而涩,伏则吐逆,水谷不化,涩则食不得入,名曰关格。"(《注解伤寒论·平脉法》)

3)《诸病源候论》专设"关格大小便不通候"

"关格者,大小便不通也。大便不通,谓之内关;小便不通,谓之外格;二便俱不通,为关格也。"

4)《医学入门》提出邪壅三焦病机,分虚实论治

"关乃阳不下,以寒在胸中,塞而不入。格乃阴不上,以热在下焦,塞而不出。上下不通,三焦撩乱,中气不足,阴阳不能相荣,故既关且格。"

"大承气汤下之。若但吐而不能小便者,胃苓汤。有膏粱积热,损伤北方真水者,滋肾丸主之。"

"中虚者,补中益气汤加槟榔以升降之。中虚痰盛者,六君子汤去术加柏子仁及麝少许。虚甚吐利俱不得者,既济丸(附片、人参、麝香、灯心草)。"(《卷四·杂病分类·内伤类·痰类》)

5)《景岳全书》提出劳伤虚衰病机,分辨寒热,补阴为治

"求其所因,则无非耽嗜少艾,中年酒色所致,是虽与劳损证若有不同,而实即劳损之别名也。"

"总由酒色伤肾,情欲伤精,以致阳不守舍,故脉浮气露,亢极如此,此则真阴败竭,元海无根。"

"关格一证,然又当察其虚中之寒热,阴中之阴阳,分别处治。"

"如精虚者,当助其精,气虚者,当助其气。"

"治此者,宜以峻补真阴为主。"

"凡兼阳脏者,必多热,宜一阴煎(二地、芍药、丹参、牛膝、甘草)、左归饮、左归丸之类主之;兼阴脏者,必多寒,宜大营煎(当归、熟地、枸杞、杜仲、炙甘草、牛膝、肉桂)、右归饮、右归丸之类主之;若不热不寒,脏气本平者,宜五福饮(人参、熟地、当归、白术、炙甘草)、三阴煎(当归、熟地、人参、芍药、炙甘草、枣仁)及大补元煎(人参、熟地、当归、山茱萸、杜仲、枸杞、炙甘草、山药)之类主之。"(《杂证谟·关格》)。

6)《万病回春》主张从痰论治,"呕出为要"

"此因气之横格也,乃是痰格中焦,用枳缩二陈汤加减治之,呕出为要(枳实、砂仁、云苓、陈皮、川贝、苏子、蒌仁、川朴、香附、川芎、木沉香、竹沥、生姜、甘草)(《关格》)。

7)《石室秘录》主张"法当以开郁"

"肝气冲于胃口之间,肾气不得上行,肺气不得下达,以成此症。法当以开郁为主。方用柴胡 1 钱、郁金 1 钱、白芍 3 钱、茯苓 1 钱、白芥子 1 钱、天花粉 1 钱、苏子 1 钱、荆芥 1 钱、甘草半钱,水煎服。"(《开治法·论关格》)

8)《医醇賸义》主张"导之以大顺"

"格与关,皆为逆象,惟治之以至和,导之以大顺,使在上者能顺流而下,则在下者亦迎刃而解矣。故于调养荣卫之中,平肝理气,此一法也。于调养荣卫之中,和胃化痰,亦

一法也。于调养荣卫之中，兼清君相之火，又一法也。"(《关格》)。

(2) 降逆通关为其治疗大法

关格上吐下闭，为升降气机之变。**上吐宜降，下闭应通，故降逆通关为关格的治疗大法。**

1) **降逆抓肺、肝、胃。**肺气上逆，肝阳上亢均能促进胃气上逆而呕吐，故清肺平肝和胃须配合应用，方能提高止吐之力。①清肺：全瓜蒌、炙杷叶、菊花、桑白皮、炒葶苈子、芦根、麦冬、沙参、苏子；②平肝：草决明、生龙牡、代赭石、茵陈后下、龟板、白芍、川楝子；③和胃：竹茹、竹沥、法半夏、生姜、莱菔子、云苓、川朴。

2) **通关抓肺、脾、肾。**水液代谢与肺脾肾三脏关系最为密切。肺主宣化，脾主运化，肾主气化。关格常见肺气不足，脾肾阳虚，故从根本上通关还应从宣肺、健脾、温肾着手，以扶正而祛邪，畅通三焦，调整气机，但温燥滋腻之品应当慎用，以防留邪。①宣肺：参类、阿胶、黄精、杏仁、桔梗；②健脾：白术、生芪、干姜、山药、仙鹤草；③温肾：制附片、肉苁蓉、益智仁、补骨脂、蛇床子。

3) **关格急者治标，应用针灸、灌肠、敷脐、热熨、小方、针剂综合处置。**

① 针灸：体针取穴内关、中脘、合谷、关元、中极、肺、脾、肾、胃俞、足三里、阴陵泉、三阴交。实针虚灸。

耳针取大肠、膀胱、胃、肾、外生殖器、皮质下。

② 外治法：

外治法一：中药保留灌肠（肠道透析）为常用的效法，一般浓煎 100ml 保留 1 小时以上，一日灌 1～2 次（每剂煎 200ml）。处方辨证选用以下方药：

清热解毒

生大黄 30g	青 黛 10g	公 英 10g	生龙牡各 30g
槐 米 60g			

清热化浊

生大黄 30g	黄 柏 30g	黄 连 20g	生苡仁 30g
泽 泻 30g			

温肾益气

生大黄 15g	附 片 15g	黄 芪 30g	益母草 30g
苦 参 15g			

养阴活血

生大黄 15g	玄 参 30g	生 地 30g	生地榆 30g
桃 仁 30g			

外治法二：敷脐法。药用连根葱 2 茎、生姜 5 片、豆豉 20 粒、盐一匙，捣烂烘热后敷脐用布扎定或以生甘草 10g、生甘遂 10g、蝼蛄 6 个研末醋调敷脐。

外治法三：热熨法。药用人参 3g、附子 10g、槟榔 10g、连根葱 2 茎、升麻 30g，加好酒

2 杯，慢火炒热，布包热熨脐下。

③小方

苏叶 6g、黄连 6g、菊花 3g 泡饮。

玉米须 120g、荸荠 30g 煮饮。

生地 30g、丹参 30g、益母草 60g、鲜茅根 60g 煎服。

皂角研末 2g 用粥送服。

蝼蛄、蟋蟀、蜣螂(去翅足)各 6 个，研末，分 2 次冲服。

④中药针剂

实证：清开灵 40～80ml、双黄连粉针 60mg/kg、穿琥宁 400mg，稀释静滴，每日 1 次。

虚证：参附针 60ml、生脉针 40ml，稀释静滴，每日 1 次。

57. 急性中毒的中医药解救法

中医药解救急性中毒始见于张仲景的《金匮要略》，如"菜中有水莨菪，叶圆而光，有毒，甘草煮汁服之即可。"晋《肘后备急方》载有解毒专篇，列数十种解毒方药。隋《诸病源候论》首次将其列为专篇论述，专有"虫毒病诸候"一节，对中毒的病因和临床特点作了详尽的论述。唐《备急千金要方》把解毒法分作四类，即解食毒，解百药毒，解五石毒及解虫毒。宋《圣济总录》则全面归纳了中毒的分类、病因、解毒和急救诸论，并列方药百余首，为较有价值的参考书。《景岳全书》和《张氏医通》也都有补充和发展。

急性中毒可分为煤气中毒、食物中毒、药物中毒、农药中毒和虫兽中毒。其解救法分列如下：

(1) 煤气中毒

煤气中毒即一氧化碳经呼吸道进入人体后与血红蛋白结合成一氧化碳血红蛋白(HbCo)，导致 Hb 不能与氧结合而致中毒。

先则头痛、乏力、眩晕、恶心、呕吐、视力模糊，继则神志朦胧，步态不稳，动则晕倒，甚至昏迷。皮肤黏膜呈樱桃红色，呼吸及心率加快，四肢张力增高，阵发性惊厥等。应采取以下措施：

1) 打开门窗，**通风换气。**

2) **吸氧**，流量 8～10L/min，宜加 3% CO_2；给呼吸兴奋剂，尼可刹米 1.5ml，洛贝林 6mg；送高压氧舱最佳。

3) 用**脱水剂防脑水肿**，20% 甘露醇 250ml，50% GS100ml 交替使用，可加呋塞米 20～100mg 或氢化可的松。

4) **生萝卜汁**或醋或浓茶水灌服。

5) 生甘草 10g、绿豆衣 5g、金银花 10g、制大黄 10g、莱菔子 10g 浓煎灌肠。

6) **针灸**：取人中、百会、合谷，醋擦涌泉。

7）清开灵静脉滴注 60～100ml/日。

8）清醒后温胆汤化裁

竹　茹 10g	枳　壳 10g	生苡仁 15g	陈　皮 10g
菖　蒲 10g	郁　金 10g	川　芎 10g	茵陈 15g后下
车前草 30g	草决明 30g	天　麻 10g	生甘草 10g

（2）食物中毒

1）细菌性中毒

诊断：由进食不洁物品所致(致病菌为沙门氏菌属、变形杆菌、大肠杆菌等)，呈爆发性流行，炎热季节多发。初起恶寒发热，周身不适，同时腹中绞痛，恶心呕吐，腹胀肠鸣，腹泻频作，多为黏液或水样便，严重者出现脱水症，尿量减少，甚至抽搐，惊厥，昏迷。在呕吐物、粪便中可检出致病菌。

解救：可选用的药物有：①藿香正气胶囊 2～3 粒；②马齿苋 60g、大蒜 30g 混合捣烂后温开水冲服；③车前子炒后研末 6g，米汤调服；④生甘草 30g 浓煎 300ml，每服 100ml；⑤必要的抗生素和补液。

2）毒蘑菇中毒

诊断：又称毒蕈，有 80 余种。常见有捕蝇蕈、白帽蕈、马鞍蕈。早期有胃肠道症状，如恶心呕吐，腹痛腹胀及流涎，流泪等。严重者在胃肠道症状缓解后 1～3 日即出现肝、肾、中枢的损害症，如瞳孔缩小，呼吸困难，腹痛剧烈，黄疸谵语，抽搐，出血，尿少尿闭，最终因呼吸或循环衰竭而死亡。

解救：可选用的药物有①灵芝粉 30g 浓煎 100ml，每服 30～50ml；②白矾 5g 香油适量调服或生石膏粉 60g 冲服；③金银花(根、藤、叶)一起捣汁服或 60g 煎饮；④紫苏 15g、生甘草 10g 煎服；⑤水仙子 5g 研末醋调服；⑥鱼腥草根叶生食；⑦鲜梨树叶取汁服；⑧绿豆 30g、公英 60g、金银花 30g、紫草根 30g、大青叶 30g、生甘草 10g 浓煎服；⑨茵陈 15g后下、栀子 20g、大黄 15g、炒黄柏 30g、当归 15g、丹参 15g、郁金 15g、车前草 30g、生侧柏 15g、鲜茅根 100g 煎服；⑩广木香 15g、鸡血藤 15g、茜草根 15g、三七粉 3g冲、梅片 3g、香附 10g，上药研末 1 日量；⑪小野鸡尾草(金花草)30g 取汁调服。

3）河豚鱼中毒

诊断：河豚含神经毒，主要存在于睾丸、卵巢、卵子、肝、血液中，肌肉中无毒素。河豚毒对胃肠黏膜有强烈的刺激作用，多在进食后 0.5～2 小时内发作。先见急性胃肠炎症状，吸收后迅速作用于周围及中枢神经，使之麻痹。由交感神经→运动神经→中枢，全身乏力，颜面潮红，口唇舌尖及肢端麻木，甚至软瘫，眼睑下垂，肌肉无力，发音不正，共济失调，呼吸困难，心电传阻，因呼吸麻痹或休克而死亡。

解救：可选用的药物有①鲜芦根 1 斤或生橄榄 20 个捣汁服；②乌贼鱼墨囊 1 个送服；③五倍子、白矾各 10g，研末调服；④葵花叶、黄瓜藤头各 100g 煎服；⑤芦根 30g、紫苏 15g 煎服；⑥紫金锭或至宝丹化服。

4）鱼胆中毒

诊断：青鱼、草鱼、鲤鱼胆，生食、熟食、冲酒均可中毒，主要损害肝、肾、心、肺及神经系统。传统吞鲜鱼胆治高血压、气管炎等而中毒，多在食后0.5～12小时内发病，先有胃肠道症状，继而肝肾损害而黄疸，肝脾肿大，触痛，转氨酶升高，腰痛，肾区叩痛，水肿，少尿，尿蛋白，心律失常，血压下降，休克昏迷而死亡。

解救的药物有：金银花30g、生甘草15g、紫苏、陈皮、生姜各10g，煎服，银花、绿豆煎水洗胃。

（3）药物中毒

1）有毒中草药分类：

含生物碱：钩吻（断肠草、大茶药）、雷公藤（黄藤、水莽草）、曼陀罗（洋金花）、番木鳖（马钱子）、藜芦、阿片、秋水仙、毒芹（青马芹）、天南星、闹羊花、马兜铃、烟叶、乌头类。

含苷类：万年青、杠柳皮、夹竹桃、八角枫、木薯、商陆、黄独、芦荟、了哥王、醉鱼草、芫花、马桑、鸦胆子、半夏。

含毒蛋白：相思子、苍耳子、巴豆、蓖麻子、火麻仁、望江南。

毒蕈类：鱼藤、莽草、乌柏、油桐、威灵仙、除虫菊、红茴香、毕澄茄、白果、藤黄、狼毒、细辛。

动物类：蟾酥、斑蝥、鱼胆、蜈蚣、蝎子。

矿物类：砒霜、辰砂、雄黄、轻粉、白降丹、红草丹、密陀僧、硫磺。

2）药物中毒的诊断及解救

乌头中毒：乌头中毒最快10余秒，最迟6小时，一般10分钟至1小时。对感觉和运动神经均有麻痹作用，对迷走神经有兴奋作用，而见口苦，肢体发麻，紧束感，头痛且昏，不能站立，视物模糊，阵发性抽搐和昏厥。循环系统抑制而见心慌气短、紫绀、厥冷休克，急性心源性脑缺血综合征。心电图见结性心率，阵发房性心动过速、心房纤颤、频发室早、二联律、房室传导阻滞、室颤或骤停。消化系见呕恶，流涎，腹痛，腹泻。

解救的方法有：①食入4～6小时以内立即用1∶5000高锰酸钾洗胃，再灌入硫酸镁20g导泻或2%盐水高位灌肠；②补液，补充维生素B、C；③纠正心律失常先用大量阿托品静推，每次0.5～2mg，每10分钟至2小时1次，直至恢复窦性心律。如无效改用利多卡因，1次50～100mg静推，每5～10分钟1次，用量20分钟内不超过250mg，1小时内不超过500mg；④蜂蜜100g、绿豆30g煎水代饮或豆浆加蜂蜜50g冲服；⑤生姜15g、甘草15g、绿豆60g、黑豆30g、黄连10g、银花20g、赤小豆30g煎服；⑥生芪60g、炙远志10g、甘草10g煎服；⑦解毒中药有水牛角、肉桂、黄连、绿豆、甘草、生姜、芫荽、松树尖。

钩吻中毒：钩吻又名野葛、断肠草、毒根、大茶药、胡蔓草、苦吻、水莽草等。根茎叶均有剧毒，尤以嫩叶毒性最大。用根煎水或食嫩叶者，中毒立即出现。食根或全草浸酒时中毒数小时或2小时内出现。一般半小时至1小时内出现。主要为神经毒，轻者见消化症（口腔咽喉灼痛，呕恶，腹痛泻），重者见神经症（眩晕、麻木、语言不清、肌肉弛缓，

时有震颤，吞咽困难，特别是抑制呼吸中枢引起呼吸衰竭，可直接刺激心肌而心跳缓慢以后加快，血压下降或休克，复视，视力下降，上睑下垂，瞳孔散大。

解救的方法有：①1:5000 高锰酸钾，茶水或 3% 鞣酸洗胃后硫酸镁导泻；②呼吸兴奋剂和升压药；③鸡蛋 3 个、香油 100g 吞服；④菜（空心菜）根茎 500g 取汁灌服；⑤铺地蜈蚣草 250g、全韭菜 20 根、松毛菜 10 个取汁服；⑥解毒中药有：黄芩、黄连、黄柏、甘草、黑豆、金银花连叶、鸭跖草、新鲜羊血、鸭血、鸡血、兔血。

曼陀罗中毒：又名洋金花、风茄儿、茄子、大颠茄、野蓖麻、老鼠愁。全草均有毒，以种子最毒，中毒量种子 2～30 粒，果实 3～10 枚，干花 1～30g。食后中毒最短 10 分钟，最长 8 小时，一般 0.5～3 小时。中毒症状犹如阿托品中毒，最早见口干咽燥，声音嘶哑，皮肤颜面潮红，结膜充血，呼吸急促，头晕心悸，继而见精神症状，躁动不安，意识不清，谵语幻听，间歇性抽搐，痉挛，瞳孔散大，甚至昏迷，呼吸麻痹而死亡。

解救的方法有：①用 2%～4% 碳酸氢钠或 2%～4% 活性炭混悬液洗胃后用硫酸镁导泻；②用阿托品拮抗剂：毛果芸香碱每次 5～10mg 皮注，6 小时 1 次，严重者 15～30 分钟 1 次，直到精神症状消失。也可用新斯的明或毒扁豆碱；③补液、镇静、呼吸兴奋剂；④米醋、红糖、蛋白灌服；⑤茶叶水调豆腐服；⑥解毒中药有：生甘草、绿豆及衣、防风、桂枝、银花、连翘、升麻、通草、大青叶、草河车。

雷公藤中毒：又名黄药、断肠草、菜虫草、三棱花、昆明海棠。毒性在芽叶、茎和根茎的二层皮中。一般 2～6 小时出现中毒致死，大都在 24 小时内，最多不超过 4 天，首先见腹疼，烧灼感，呕恶厌食，口干，腹泻便血，肝区痛，黄疸，头痛且晕，肌肉疼不可触，麻木抽搐，2～3 天内尿少浮肿，5～7 天后尿增血尿，心悸胸憋，发绀，心律不齐，循环衰竭，肾衰竭而死亡。

解救的方法有：①因胃内吸收较慢，故数小时乃至数天内仍应洗胃导泻；②应用肾上腺皮质激素（地塞米松 5～10mg 静滴）；③鲜羊血、鹅血、浓茶、蛋清、鲜萝卜汁、鲜韭菜叶汁灌服；④解毒中药有：生甘草、凤尾草、侧柏叶、黄连、绿豆。

马钱子中毒：又名番木鳖、马前、苦实、方八。成人服 5～10mg 中毒，30mg 致死。类似士的宁中毒，先则头晕，烦躁，呼吸急促，咀肌及颈肌强硬，抽筋感，咽下困难，瞳孔缩小，继而伸肌与曲肌同时收缩而惊厥，以后出现颈项强直，角弓反张，牙关禁闭，呈苦笑状，最后因延髓麻痹，窒息，心衰而死亡。

解救的方法有：①移入暗室，避免刺激；②抑制中枢剂如戊巴比妥或异戊巴比妥纳 0.3～0.5 肌肉注射或安定 20～30mg 静脉推入。如呼吸抑制时停用上药，接呼吸机，切忌用酸性饮料及阿片类药物。可用食盐催吐，玄明粉导泻；③绿豆 30g、甘草 30g、蜂蜜 60g 煎服；④蜈蚣 3 条、全蝎 6g 研末吞服；⑤香油、白糖灌服；⑥解毒中药有：黄芩、生甘草、防风、钩藤。

斑蝥中毒：又名斑猫、花壳虫、花罗虫。中毒量 0.6g，致死量 1.5～3g。从皮肤及胃肠道黏膜吸收，强烈的局部刺激，充血，水泡，灼痛，溃烂，见胃肠道刺激症和中毒性肾炎，死于肾衰竭及循环衰竭。

解救的方法有：①慎用洗胃，以防穿孔，可口服蛋清或鲜牛奶，每次 50～100ml，保护胃肠黏膜；②斑蝥素系油溶性，应忌食油类；③黑豆汁、绿豆汁（或豆浆）、茶叶水、生甘草 30g 煎水调滑石粉 3g、琥珀粉 3g，加蜂蜜服用或六一散 3g；④解毒中药有：黄连、连翘、生甘草、紫花地丁、竹叶、公英、白及。

蟾酥中毒：蟾酥系蟾蜍耳下腺及皮肤腺的分泌物，有类毛地黄的作用，主要产生心动过缓和传导阻滞，甚至休克，消化道症常见呕吐，吐物多墨绿色。神经症见头晕昏睡，口唇及四肢麻木，膝反射减弱。其解救法按毛地黄中毒处理，如输钾，用阿托品或异丙肾上腺素治传阻和心动过缓等。解毒中药有人参、附片等。

白果中毒：白果又名银杏，以绿色的胚最毒，小儿服 5～10 粒即可中毒。表现：高热、头晕、呕吐、腹痛、腹泻，甚至烦躁、发绀、抽搐、瞳孔缩小、昏迷。可用退热镇静剂，解毒中药有绿豆、生甘草、白果树皮 30g 或白果壳 60g。

果仁中毒：果仁主要是苦杏仁、李仁、枇杷仁、杨梅仁等。系产生氢氰酸而中毒。轻者口苦涩，流涎，上腹不适，呕恶，头晕，心悸。重者抽搐昏迷，呼吸抑制，瞳孔散大，光反射消失而死亡。解救先吸入亚硝酸异戊脂，每 2 分钟吸 30 秒，继用 3% 亚硝酸钠 10～15ml 静脉注射，速度为每分钟 2.5～5ml，最后 50% 硫代硫酸钠 50ml 静注，也可用 1% 美兰静注。解毒中药有喜树皮 30g、生甘草、绿豆、鲜萝卜汁。

（4）农药中毒

诊断：农药主要含有机磷。成人口服致死量：1605 为 0.1g，1059 为 0.1g，敌百虫为 25g，马拉硫磷为 60g。主要为神经毒，经食道和呼吸道吸收迅速而完全，从尿排出极快，口服 20 分钟，吸入 1～2 小时，皮肤接触 6 小时内发病，首见呕吐带蒜臭味，且腹痛明显、腹泻、流涎、多汗淋漓、瞳孔缩小、支气管痉挛、呼吸道分泌增加，甚至窒息死亡。还有肺水肿、缺氧、发绀（以上称毒蕈碱样症状）。另外还出现肌束震颤、痉挛、肌力减退（特别是呼吸肌）、牙关禁闭、颈项强直（以上称烟碱性症状）。

解救的方法有：①首先移离中毒现场，敌百虫接触用温开水冲洗，其余用冷肥皂水或 2%～5% 碳酸氢钠冲洗；②误服 1～2 小时内用手指等催吐，以 2%～4% 碳酸氢钠（敌百虫忌用）或生理盐水、肥皂水洗胃，直至无气味止；③阿托品化，首剂轻者 1～3mg，中者 2～5mg，重者 5～10mg，可肌注或静滴，后逐渐减量，合用碘解磷定，先 1g 静脉注射，然后静滴每小时 0.25g；④生绿豆粉或绿豆汤或调六一散，黄豆粉灌服；⑤曼陀罗或天仙子 0.5～1.5g 煎服；⑥解毒中药有生甘草、凤尾草、金银花、崩大碗、白茅根、石斛、丹参、大黄、竹茹、木香、鸡血藤、茜草根、菊花、紫花地丁、忍冬藤。

（5）虫兽中毒

1）毒蛇

诊断：头昏嗜睡，四肢乏力，呕恶，声嘶，言语不清，吞咽困难，甚至见出血证，二便失禁，瘫痪，视力模糊，抽搐，昏迷而死亡。局部肿胀，剧痛，流血不止。

解救的方法有:①用三棱针把牙痕作十字切开,以连贯两个牙痕为限 1cm 深,如见水泡,则在其周边作数个十字切口,以利排毒,然后用火罐吸毒。如已超过 24 小时不再排毒。伤口肿胀严重,可穿刺并配针穴,咬在手刺八邪,咬在足刺八风,平刺,深半寸,拔针后手足下垂,由上至下轻按使毒自针眼流出。如咬在其他部位则刺远端引流,蛇药片口服首量 20～30 片,以后每 4 小时服 20～10 片。同时用凉开水化成糊状,涂于伤口周半寸处(勿涂伤口上);②半枝莲 60g、七叶一枝花 9g、紫花地丁 60g 煎服,并可调雄黄粉外敷伤处。

2) 蛰伤

诊断:蛰伤包括毒蜘蛛、蝎和蜂类。局部红肿灼痛伴头晕恶心,发热畏寒,烦躁,甚至痉挛抽搐,意识不清。

解救的方法有:①切开伤口排毒,外敷万应锭、熟烟丝或茶调雄黄、枯矾粉;②七叶一枝花、紫花地丁、半枝莲、生甘草煎服。

58. 镇痛应按"性质"、"部位"、"病种"分类论治

痛证是临床常见疾病中的急症之一,涉及内、外、妇、儿、五官、骨伤、肛肠、皮肤等多种科目,多个病种。痛证始载于《黄帝内经》,至医圣张仲景在《伤寒杂病论》中理法方药已经相当完备。嗣后历代医家皆有充分的发挥,使中医镇痛颇具特色,又富有优势。

镇痛应按**性质**(隐痛、胀痛、刺痛、绞痛),**部位**(头、目、齿、咽喉、胸胁、脘腹、腰背、四肢),**病种**(炎症性、神经性、外伤性、占位性)进行分类论治,既符合临床实践,又利于提高疗效,是中医镇痛的新思路、新观点、新方法。

(1) 疼痛性质

1) **隐痛**:以虚证多见,分气虚和阴虚两类。气虚隐痛伴气短乏力,苔白质淡,脉象细弱。由于气帅虚衰,鼓动不足,血运缓慢而不通则痛。治当补益中焦脾气,兼顾血运。主药:生芪 15～30g、炒白术 10g、云苓 15g、陈皮 15g、赤白芍各 10g、炙甘草 10g;阴虚隐痛伴五心烦热,苔净质红,脉象细数。由于营阴亏损,血行贫乏而不通则痛。治当补益下焦肾水,兼滋营阴。主药:生地 10g、黄精 10g、山药 10g、泽兰 10g、川楝子 10g、玄胡 10g。

2) **胀痛**:以实证多见,分肝郁、痰浊、食阻 3 类。肝郁胀痛兼见胁满太息,苔黄质红,脉象弦紧。由于肝气郁结,气滞血瘀而不通则痛。治宜疏肝开郁为先。主药:柴胡 10g、香附 10g、丹皮 10g、菖蒲 10g、郁金 10g、川芎 10g、薄荷 10g;痰浊胀痛兼见口黏憋闷,苔腻脉滑。由于痰浊内阻,气机不畅而不通则痛。治宜化痰降浊为先。主药:竹茹 10g(天竹黄 10g)、枳壳 10g、云苓 15g、陈皮 15g、全瓜蒌 30g、丹参 30g、菖蒲 10g、郁金 10g;食阻胀痛兼见纳呆嗳腐,苔厚脉滑。由于食阻中焦,运化不畅而不通则痛。治宜消导畅中为先。主药:木香 10g、焦三仙 30g、生鸡内金 30g、连翘 10g、云苓 10g、陈皮 10g、公英 10g、莱菔子 10g。

3）**刺痛**：以瘀血多见。兼有全身血瘀证，如紫绀，毛发干枯，肌肤甲错及离经溢血证，血紫有块，舌紫斑，脉细涩。治当活血化瘀，通则不痛。主药：丹参 30g、当归 10g、赤芍 10g、川芎 10g、郁金 10g、苏木 10g、水蛭 10g、地龙 15g。

4）**绞痛**：除气滞血瘀外，还在寒凝中诱发，此时痛而喜暖畏寒，面色㿠白，四肢欠温，苔白质紫淡，脉象沉迟。治重温通散寒。主药：高良姜 10g、炮姜 10g、鹿角霜 15g、桂枝 10g（肉桂 5g）、乌药 10g、细辛 3g、制川草乌各 5g。

（2）疼痛部位

1）**头痛**：分风邪、肝阳、痰蒙和气虚四类。风邪头痛以全头胀痛为显，伴发热，咳痰，咽痛骨楚。分为风寒（苔薄白，脉浮紧）。祛风散寒，主药：荆芥穗 10g、防风 10g、川芎 10g、白芷 10g、桂枝 10g、白芍 10g、细辛 3g。风热（苔薄黄，脉浮数）。祛风清热，主药：连翘 10g、菊花 10g、薄荷 10g、蝉衣 5g、桑白皮 10g、葛根 10g；肝阳头痛以两颞跳痛为显，伴胁满易怒，口苦尿黄，苔薄黄舌质红，脉弦细数。治重平肝潜阳，主药：天麻 10g、菊花 10g、草决明 30g、珍珠母 30g、生石决明 30g、栀子 10g、川楝子 10g；痰蒙头痛以头顶重痛为显，伴胸憋形胖，口黏纳呆，苔黄腻，脉弦滑。治重豁痰开窍，主药：胆星 10g、天竹黄 10g、川芎 10g、莱菔子 15g、菖蒲 10g、郁金 10g、枳壳 10g、生苡仁 10g、车前草 30g；气虚头痛以全头空痛为显，伴气短乏力，苔薄白舌质淡，脉细弱。治重升清降浊，主药：党参 10g、黄精 10g、升麻 5g、当归 10g、玄胡 10g、葛根 10g。

2）**目痛**：以肝火多见，兼有口苦目赤，尿赤便秘，易怒心烦，苔黄质红，脉象弦数。治当清肝泻火，主药：夏枯草 15g、生栀子 10g、草决明 30g、野菊花 10g、制大黄 10g、车前草 30g。

3）**齿痛**：分胃火和肾虚两类。胃火齿痛，痛剧龈肿，伴消谷善饥，口干引饮，苔薄黄，舌质红，脉弦滑。治当清胃泻火，主药：生石膏 30g、知母 10g、生苡仁 10g、升麻 5g、川牛膝 15g；肾虚齿痛，隐隐作痛，伴耳鸣腰痠，苔薄黄，质淡红，脉沉细。治应滋肾降火，主药：生地 10g、黄柏 10g、玄参 10g、怀牛膝 15g、丹皮 10g、徐长卿 10g。

4）**咽喉痛**：分风热、虚火两类。风热咽痛，肿痛明显，喉有物梗，影响吞咽，甚则寒热交作，苔薄黄，脉浮数。治宜疏风清热，主药：连翘 10g、金银花 10g、生甘草 5g、蝉衣 5g、僵蚕 10g、露蜂房 5g、野菊花 10g、苏梗 10g。虚火咽痛，隐痛为主，朝轻暮重，五心烦热，腰痠失眠，苔净质红，脉象细数。治宜滋阴降火，主药：生地 10g、麦冬 10g、黄连 10g、肉桂 3g、马勃 5g。

5）**胸胁痛**：分胸阳、肝郁两类。胸阳痹阻，痛而寒凝，遇冷加重，时有彻背，四肢不温，苔白质淡，脉弦细而迟。治当温通胸阳，主药：生芪 15g、桂枝 10g、全瓜蒌 30g、薤白 10g、川芎 10g、香附 10g。肝气郁结，痛而气滞，恼怒发作，流窜不定，心烦嗳气，苔黄质红，脉象弦紧。治当疏泄肝郁，主药：柴胡 10g、枳壳 10g、赤白芍各 10g、川楝子 10g、玄胡 10g、金钱草 15g、丹皮 10g。

6）**脘腹痛**：分寒积、气滞、痰食、中虚四类。寒积痛系脾胃素寒，复感寒邪或咨食生

冷，以致脾阳不振，寒凝不运而绵绵作痛，得温则减，食少喜热，苔薄白，脉弦迟。治当温通散寒，主药：高良姜 10g、香附 10g、乌药 10g、木香 10g、蔻仁 10g、小茴香 10g、云南白药 0.5g冲。气滞痛系肝气横逆，气机不舒而胀痛时作，郁怒加重，痛引两胁，食少吞酸，苔薄腻，脉弦紧。治当疏肝和胃，主药：柴胡 10g、枳壳 10g、炒橘核 10g、青皮 10g、川楝子 10g、玄胡 10g、当归 10g、白芍 10g。痰食痛系痰热食阻中焦，腑气不通而憋闷作痛，纳呆便臭，呕吐涎沫，苔厚腻，脉弦滑。治当消导通腑，主药：莱菔子 15g、枳壳 10g、焦三仙 30g、制大黄 10g、公英 10g、全瓜蒌 30g、草决明 30g。中虚痛系脾胃虚弱，无力健运，隐痛时作，按之可舒，食欲不振，肢倦乏力，苔薄质淡，脉象细弱。治当补气健脾，主药：生芪 15g、桂枝 10g、白芍 10g、炒白术 10g、炙甘草 10g、生杜仲 10g、陈皮 10g。

7）**腰背痛**：分肾虚和风湿两类。肾虚腰痛系真元亏损，筋脉失养而痠痛绵绵，痿弱无力，形寒滑泄，苔薄白质淡胖，脉细尺弱。治宜补肾通络，主药：鹿角霜 15g、桂枝 10g、生地 10g、山药 15g、鸡血藤 10g、老鹳草 10g、川断 15g、生杜仲 10g、桑寄生 10g。风湿腰痛系感受风湿，经气阻滞而痛重拘急，转侧加重，影响步履，变天诱发，苔白腻，脉弦滑。治宜祛湿通络，主药：生苡仁 15g、地龙 10g、防风己各 10g、陈皮 15g、鸡血藤 10g、伸筋草 10g、稀莶草 10g、木瓜 10g。

8）四肢痛：又称痹证，分痛痹、湿痹、热痹、瘀痹、久痹五类。其治详见条目 39“五类痹证诊治”。

(3) 疼痛病种

1）**炎症性**：分阑尾炎、胰腺炎、胆囊炎、胃炎、胸膜炎、腹膜炎、盆腔炎、心肌炎八类。**阑尾炎责之于湿热壅积**，除清利湿热外还应配通腑导滞，主药：生苡仁 15g、丹皮 10g、制大黄 5g、红藤 10g、赤芍 10g、公英 15g、川楝子 10g、玄胡 10g。**胰腺炎责之于气滞湿热**，气滞在肝胆宜疏泄，湿热在脾胃宜清利，主药：柴胡 10g、枳壳 10g、香附 10g、木香 10g、丹参 30g、生苡仁 10g、丹皮 10g、陈皮 10g、白花蛇舌草 30g。**胆囊炎责之于胆气不通**，利胆为主，主药：茵陈 15g后下、泽泻 10g、金钱草 30g、黄柏 10g、栀子 10g、姜黄 10g、郁金 10g、车前草 30g。**胃炎责之于中焦虚寒，健运失司**，治当健脾温中，主药：生芪 15g、桂枝 10g、炒白术 10g、云苓 10g、高良姜 10g、香附 10g、白芍 10g、公英 10g。**胸膜炎责之于肝阴不足，脉络失和**，治当柔肝和血，主药：当归 10g、白芍 10g、葶苈子 10g炒、大枣 10 枚、薄荷 10g、丹参 30g。**腹膜炎责之于寒气凝结，气机受阻**，治当温通散寒，主药：桂枝 10g、木香 10g、乌药 10g、炒白术 10g、干姜 10g、生芪 10g、大腹皮 10g。**盆腔炎责之于胞宫虚寒**，治当补虚暖宫，主药：炮姜 10g、桂枝 10g、党参 10g、当归 10g、艾叶 10g、蛇床子 10g、仙灵脾 5g、鸡血藤 10g、伸筋草 10g。**心肌炎责之于痰浊痹阻**，治当豁痰通痹，主药：党参 10g、丹参 30g、苦参 10g、全瓜蒌 30g、薤白 10g、川芎 10g、石韦 10g、菖蒲 10g、郁金 10g。

2）**神经性**：分三叉、肋间、坐骨三类。**三叉神经痛责之于风袭阳明**，治当祛风通络，主药：白芷 10g、葛根 10g、僵蚕 10g、玄胡 10g、薄荷 10g、红花 15g。**肋间神经痛责之于痰阻胁络**，治当祛痰通络，主药：苏木 10g、姜黄 10g、莱菔子 15g、全瓜蒌 30g、炒橘核 10g、

丹参 30g、郁金 10g、三七粉 3g冲。**坐骨神经痛责之于寒湿阻络**，治当温中通络，主药：制川草乌各 5g、桂枝 10g、生苡仁 15g、地龙 10g、鸡血藤 10g、老鹳草 10g、川断 15g、木瓜 10g、汉防己 10g。

3）**外伤性**：分扭伤、劳损、脱出三类。**腰部扭伤责之于瘀血内停**，治当活血化瘀，主药：红花 10g、赤芍 10g、云南白药 1g冲、川断 15g、川牛膝 15g、陈皮 15g、鸡血藤 10g、路路通 10g、生栀子 10g。**腰肌劳损责之于肾虚阳衰**，治当补肾温阳，主药：蛇床子 10g、女贞子 10g、补骨脂 10g、狗脊 15g、生杜仲 10g、鹿角霜 15g、桂枝 10g、川断 15g。**腰椎间盘脱出责之于肾虚血瘀**，治当补肾活血，主药：补骨脂 10g、鹿角霜 10g、生地 10g、菟丝子 10g、丹参 30g、桃仁 10g、老鹳草 10g、川断 10g、地龙 10g、三七粉 3g冲。

4）**占位性**：分结石、增生、肿瘤三类。**胆结石责之于胆汁瘀阻**，治当利胆排石，主药：金钱草 30g、泽泻 10g、车前草 30g、郁金 10g、生鸡内金 30g、川楝子 10g、丹参 30g。**泌尿系结石责之于湿热下注**，治当清利排石，主药：炒苍术 10g、生苡仁 10g、黄柏 10g、川牛膝 10g、金钱草 30g、王不留行 10g、白花蛇舌草 30g、海金砂 30g包、泽兰 10g、桑白皮 10g。**骨质增生责之于肾亏**，治当调补阴阳，主药：蛇床子 10g、补骨脂 10g、女贞子 10g、生白芍 30g、威灵仙 10g、川断 15g、木瓜 10g。**肿瘤责之于气滞瘀毒**，治当疏导解毒，主药：丹参 30g、白花蛇舌草 30g、山豆根 10g、三七粉 6g冲、郁金 10g、柴胡 10g、桃仁 10g、红花 10g。

上述镇痛的分类论治只是疼痛性质、部位、病种分类组合，主药相配的一种新法，目的是继承发挥中药镇痛的优势，提高中药镇痛的疗效，但尚不完善。比如病种提到的病机只是主要者，临床病种的病机要错杂得多，如有例外仍应辨证论治。

59. 食疗镇痛

由于“药食同源”，不少食品具有镇痛作用，应当发挥其辅助效应，增强镇痛之力。现举数则“食疗”镇痛，以资临证参考。

1）**头痛**：风寒者鱼头 250g、川芎 9g、白芷 9g、生姜适量，炖汤服食 3～5 天；风热者菊花 30g、白糖 20g，沏茶代饮；痰湿者白芷 9g、云苓 20g、陈皮 9g，煎汁煮苡米 30g 成粥食用。

2）**目痛**：肝火上亢者马齿苋 30g、黄花菜 30g 煎水代饮；肝肾阴虚者枸杞叶 25g、冬笋 50g、水发冬菇 50g、白糖 6g，盐、食油翻炒食用。

3）**咽喉痛**：风热者嫩丝瓜捣汁，每次 1 匙含漱；伤阴者海带 300g 切丝，白糖适量腌 3 天，每次 30g。

4）**舌痛**：属心火上炎，用生萝卜、鲜藕各 500g，绞汁含漱 3～4 天。

5）**心痛**：气滞血瘀者鸡蛋 1 个打入碗中，加米醋 60g、红糖适量，调匀饮用，1～2 次/天；阴虚者野山楂 12g 水煎服；阳衰者薤白 15g、葱白 30g、川芎 6g、生地 15g，二白切碎，生地、川芎取汁和入面粉或大米 50g 煮食，7～8 天。

6）**胸痛**：气阴两虚者黑木耳 6g、冰糖适量煮食；阴虚阳亢者海带 9g、决明子 15g、生

藕20g煮食;风热壅肺者梨汁、荸荠汁、藕汁、麦冬汁、鲜芦根汁凉服。

7) **胁痛**:肝胆湿热者黄花菜30g、泥鳅100g煮食;阴虚内热者土鳖虫1条、枸杞子50g、山药50g、女贞30g、熟地15g、陈皮9g炖食;肝气郁结者车前子15g煮汁,苡米30g、大米50g煮粥食。

8) **胃脘痛**:寒凝者羊肉1000g、草果5g、老姜10g、大麦粉1000g、豆粉1000g,粉制成片炖羊肉服食;食阻者槟榔10g、莱菔子10g、橘皮5g,煎水代饮;气滞者金橘根30g、猪肚1只煮食;血瘀者鸡蛋1个打入碗中,加藕汁30ml、三七粉3g炖食;虚寒者鲫鱼1条、糯米50g,煮粥食。

9) **腹痛**:湿热者马齿苋30g、粳米100g,煮粥食;热结者香蕉250g、冰糖30g,煮食;虫积者花椒6g研末、米醋100g,加水100ml煮开1次温服,每天2次。

10) **腰脊痛**:阴虚者银耳10g、生杜仲10g,生杜仲煎汁炖银耳加冰糖50g服食;阳虚者狗肉250g、粳米100g,煮粥食。

11) **痹证**:风湿者白花蛇1条取肉,糯米1000g蒸熟,蛇肉放酒曲上,糯米放蛇肉上盖好,夏3天冬7天取酒,温热送服蛇肉米0.15g,每天3次;寒湿者苡米60g、白酒1斤,封固浸泡7天,睡前饮1盅;顽痹者乌蛇1条煮食。

12) **尿痛**:玉米须30g、车前子9g、甘草3g,煎服代饮。

13) **乳痛**:丝瓜络1个,烧灰存性研末,红糖、米醋送服2g。

14) **痛经**:气滞血瘀者香附15g煮汁,煮食山楂30g;寒凝血瘀者红枣10个、花椒3g、生姜25g、红糖30g,煎服,每天1次,连服3～5天;气血不足者丹参60g、白酒1斤,浸泡1个月,经前饮适量。

60. 针灸镇痛

针灸镇痛疗效确切,是针灸疗法的重要特色。自从《灵枢·经筋》提出"以痛为输"的观点,成为后世"阿是穴"、"天应穴"的始由,可惜《内经》没有列举具体的穴位和手法。后世医疗积累了丰富的经验。现按前述条目的分类,以疼痛性质、部位、病种分列主穴和手法,以便临床应用,发挥针灸镇痛的疗效优势。

(1) 疼痛性质

1) **气虚隐痛**,取足三里、血海为主穴,用补法。

2) **阴虚隐痛**,取三阴交、太溪为主穴,用补法。

3) **阳虚隐痛**,取神阙、关元为主穴,用灸法。

4) **血虚隐痛**,取膈俞、太溪为主穴,用补法。

5) **肝郁胀痛**,取阳陵泉、支沟为主穴,用泻法。

6) **痰浊胀痛**,取中脘、丰隆为主穴,用泻法。

7) **食积胀痛**,取建里、公孙为主穴,用泻法。

8）**瘀血刺痛**，取膈俞、三阴交为主穴，配膻中、气海、肺俞、太冲，用泻法。

9）**寒凝绞痛**，取关元、足三里，用灸法；虫积绞痛，刺四缝出血，取阳陵泉、太冲为主穴，用泻法。

(2) 疼痛部位

1）**风邪头痛**，取风池、外关、合谷、太阳为主穴。

2）**厥阴头痛**加四神聪、中郄；少阳痛加率谷、地机、太冲。

3）**阳明头痛**加印堂、梁丘；太阳痛加天柱。

4）**肝阳头痛**，取太冲、太阳为主穴，用泻法。

5）**痰蒙头痛**，取百会、丰隆为主穴，用泻法。

6）**气虚头痛**，取四神聪、足三里为主穴，用补法。

7）**肝火目痛**，取攒竹、行间为主穴，用泻法或耳尖放血。

8）**胃火齿痛**，取二间、内庭为主穴，用泻法。

9）**肾虚齿痛**，取合谷、太溪为主穴，用补法。

10）**风热咽痛**，少商、商阳放血，泻风池、上廉泉。

11）**虚火咽痛**，泻劳宫、上廉泉，补复溜。

12）**胸阳痹阻胸胁痛**，取内关、膻中，用温针法。

13）**肝气郁结胸胁痛**，取期门、太冲，用泻法。

14）**寒积脘腹痛**，取太白，用补法，灸神阙、中脘。

15）**气滞脘腹痛**，取内关、公孙为主穴，用泻法。

16）**痰食脘腹痛**，取天枢、上巨虚为主穴，配支沟、照海，用泻法。

17）**中虚脘腹痛**，取中脘、气海、太溪、太白为主穴，用补法。

18）**肾虚腰背痛**，取肾俞、肝俞、太溪为主穴，用温针灸。

19）**风湿腰背痛**，取三焦俞、脾俞、秩边、委中为主穴，用平补平泻法，并配梅花针。

20）**行痹**，取风门、风池为主穴，配三阴交、血海、膈俞，用泻法。

21）**痛痹**，取大椎为主穴，配局部循行经过的郄穴，如膝关节可取梁丘、地机，用泻法，温针灸。

22）**着痹**，取脾俞、阴陵泉为主穴，用泻法或刺血。

23）**热痹**，取大椎点刺放血，取局部经的荥穴，血沉快者加三阴交、足三里、合谷，用泻法。

24）**瘀痹**，取血海、三阴交为主穴，用泻法，局部可加梅花针。

25）**虚痹**，取命门、足三里为主穴，用补法、灸法或温针灸。

26）**四肢痛**还注重分部针刺：指痛取八邪，腕痛取阳池，肘痛取曲池，肩痛取肩髃、肩髎、肩内陵，趾痛取八风，踝痛取商丘，膝痛取犊鼻，髋痛取环跳。

均可配阿是穴。

(3) 疼痛病种

1) **阑尾炎**取大椎、支沟、照海、阑尾穴,用间歇运针法或电针。

2) **胰腺炎**取阳陵泉、太冲疏泄,中脘、内关清利,均用泻法。

3) **胆囊炎**取胆俞、日月、外丘,用泻法;胃炎取上脘、太白,用灸法。

4) **胸膜炎**取三阳络、丘墟、肝俞、膈俞为主穴,用泻法。

5) **腹膜炎**灸中脘、气海,再补公孙、内庭。

6) **盆腔炎**取子宫、关元、阴陵泉,用灸法或补法。

7) **心肌炎**补巨阙、内关,泻丰隆。

8) **三叉神经痛**取阳白、攒竹、头维、率谷、地仓、颊车,用透针法,也可用电针。

9) **肋间神经痛**取期门、肝俞、支沟、阳陵泉,用泻法。

10) **坐骨神经痛**取环跳、秩边、委中,可用电针,痛甚可刺委中出血或加拔罐。

11) **腰扭伤**针后溪,腰部扭伤处拔罐。

12) **腰肌劳损**取肾俞、大肠俞、次髎、昆仑,用温针法。

13) **腰椎间盘脱出**,取华佗夹脊穴梅花针、温针灸。

14) **胆结石**取胆俞、至阳、阳陵泉、太冲,电针法。

15) **泌尿系结石**取水分、委阳,用泻法;骨质增生补肾俞、太溪。

16) **肿瘤**取气海、血海、足三里、手三里,公孙、合谷,用电针法。

除体针镇痛外,耳针、电针、头针、梅花针、皮内针、穴位注射等均可镇痛。简介如下:

1) 耳针止痛:以神门、皮质下为主穴。①内脏痛加交感穴,再配相应内脏各穴。②头痛:水不涵木(肝、肾、脑点);痰蒙清窍(脾、三焦、枕点);气虚(心、肺、胃、额点)。③偏头痛:内分泌、心、颞。如与月经相关加子宫。④目痛:目1、目2、眼、肝、胆,耳尖放血。⑤胃脘痛:脾、胃、肝、耳迷根。⑥痛经:子宫、内分泌、肾上腺。⑦三叉神经痛:面颊、肝、耳迷根。⑧坐骨神经痛:臀、坐骨神经点、腰椎、膝。

操作法:将毫针针柄在穴区探寻疼痛敏感点,消毒后刺入,在神门、皮质下或神门、交感点接电针仪,用连续波,频率300次/分。强度以感觉舒适为准,通电30分钟或埋豆。

2) 电针止痛:对神经性疼痛疗效更佳,一般针刺取得针感后,在主穴上通电,用疏密波,频率50~100次/分,通电20~30分钟。①三叉神经痛:四白、耳交感点。②肩周炎:肩髃、阿是穴。③腰腿痛:环跳、跗阳。④头痛:风池、太阳。⑤胃脘痛:梁门、梁丘。⑥肾绞痛:肾俞、水泉。⑦痛经:天枢、归来。

3) 头针止痛:以感觉区为主穴,配以相应部位的穴区,接电针仪,用连续波,通电30分钟。①头痛:双侧感觉区上1/5、合谷。②心绞痛:胸腔区、感觉区上1/5。③坐骨神经痛:感觉区上1/5、足运感区。

4) 梅花针止痛:适于四肢、腰背肌肉胀痛、沉痛或瘀血作痛,如落枕、肩周炎、急性

腰扭伤、腰肌劳损。一般取阿是穴，中度刺激微出血，再加以拔罐（刺络拔罐法）或加艾条灸之。

5）皮内埋针止痛：最痛处取 1～2 个阿是穴，如正处在经络上，则按虚实用迎随补泻埋法。虚痛针尖顺经埋入，实痛针尖逆经埋入。如明显的瘀痛，可使针尖与经脉呈十字形埋入。如阿是穴不在经络上，则顺肌纤维方向埋入。埋针 5 天更换。

6）穴位注射止痛：选用维生素 B_1、B_{12}、复方丹参、5%～20%当归液、0.5%～2%普鲁卡因、泼尼松、1%普鲁卡因，每次每穴 0.2～0.5ml。

61. 内伤杂病临证首要乃分辨虚实据证论治

中医对疾病的分类大致为外感时病和内伤杂病两门，也即表里两纲。内伤杂病在中医学里是重要的构成。虽然其证类有阴阳寒热之别，但对疗效的起制控作用的却是其虚实之异。故《素问·三部九候论》有戒："实者泻之，虚则补之。"《素问·奇病论》有训："无损不足，益有余。"

内伤杂病，如果虚实不辨，下药不准，非但乏效且有不良。试举两例为证：

例 1　刘右，失眠乏力 2 载，整天无精打采，头目不清，食纳不香，夜寐不酣，乱梦纷纭，气短心悸，苔薄黄腻，脉象沉细。曾经各种检查，无阳性结果发现，被诊断为神经衰弱。前医据气短心悸，乏力纳差，失眠梦多，脉象沉细辨为心脾两虚，投以归脾汤。连进 2 周，患者食纳更差，乏力更显，精神不振，赖言少动，苔转黄腻。前医只抓症脉，疏忽纳差苔腻，只据虚证论治，不知乃脾湿中阻，上扰清阳。湿困脾运者，纳差乏力，上扰清阳者失眠梦集。何虚之有？进补益之剂，助湿益火，再困中土，更扰上清，故有无效而疾增之变。痰湿化热之机宜祛宜清，改投温胆汤化裁，再吞交泰丸（黄连 10g、肉桂 3g，共研细末，装入 1 号胶囊，每晚睡前 1 小时吞服 5 粒），连进 7 剂，乏力改善，食纳转香，失眠好转，稍作易药，续进 7 剂，夜寐 7 小时，精神振作，纳谷大振。以续服交泰丸巩固，再未复诊。

此例表象"心脾两虚"，只重症脉，殊不知苔腻纳差者，多系痰湿之患，应从实证论治，方应其证，才能奏效。可见分辨虚实之首要。

例 2　袁左，便溏一日 3～5 次，夹有赤白黏冻，已逾 3 载，便时下腹隐痛，纳差乏力，神萎形疲，四肢困乏，动则气促，尤以上楼为著。曾经结肠镜窥视，乙状结肠红肿溃疡，诊断为慢性溃疡型结肠炎。苔薄黄，舌质淡，脉沉细。前医据"痢无止法"古训，辨为湿热下注而投葛根芩连汤并重用白头翁、马齿苋，仅服 3 剂，便溏更甚，腹痛反增，赖言不动，浑身疲困，委靡不振。追究病史，便溏而夹黏冻，纳差乏力，气短神萎，苔薄黄不腻，质淡而不红，脉象沉细，一派脾土不健之象，再以苦寒之品伤之，健运再损，虚症加剧，此犯虚虚之忌。改投香砂六君子汤加减，重在补脾健运，重用生芪、白术，仅 7 剂，便溏减为一日 1 次，黏冻消失，纳谷增加，精神好转，再据"益火生土"古训，加杜仲炭、蛇床子、巴戟肉之类，连服 14 剂而便溏止，精神佳。

此例表象“湿热下注”，殊不知苔不腻者，何谓湿热之有，一派脾虚症状，舌质淡，脉沉细，四诊参合，辨为“脾不健运”，切中其证，宜从虚证论治，理法方药俱准，何忧效之不奏。可见分辨虚实之要务。

辨证论治是中医取效的基点，在内伤杂病中，**分辨虚实系基点中之重点，其辨别之要点又在于脉象和舌诊**。所谓重在“舍症从脉”，**更重在“舍症从舌”**。以此浅薄之体味，作为临证篇之结语，并求教于同仁。

方 药 篇

奇方 60 首奇投

1. 止吐方《伤寒》21 首、《金匮要略》14 首提要

呕吐系胃失和降，气逆于上的病证。“呕”指有声有物，“吐”指有物无声，“干呕”指无物有声，又称“啘”、“哕”，“哕”还指呃逆，发出呃声，“恶心”指欲吐难吐，泛清水，又称“泛恶”，“嗳气”指饱嗝，又称“噫气”。呕吐的诊治详述于《伤寒论》和《金匮要略》，列出有效方剂共 35 首。

1）**葛根加半夏汤**：“太阳与阳明合病，不下利，但呕者。”（33 条）外邪内迫阳明而呕逆，治宜发汗解表，降逆止呕。

葛　根 12g　　麻　黄 9g　　芍　药 6g　　桂　枝 6g
生　姜 6g　　半　夏 10g　　炙甘草 6g　　大　枣 12 枚掰

2）**小青龙汤**：“伤寒表不解，心下有水气，干呕。”（40 条）表实兼水饮而干呕，治宜外解风寒，内消水饮。

麻　黄 9g　　芍　药 9g　　干　姜 9g　　五味子 9g
半　夏 10g　　细　辛 3g　　桂　枝 9g　　炙甘草 9g

3）**五苓散**：“中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆。”（74 条）太阳蓄水重证，水逆而吐，治宜化气行水，兼以解表。

猪　苓 2g　　泽　泻 3.3g　　白　术 2g　　茯　苓 2g
桂　枝 1.5g

共研末，米汤和服 6g。

4）**生姜泻心汤**：“伤寒汗出，解之后，胃中不和，心下痞鞕，干噫食臭，胁下有水气，腹中雷鸣，下利者。”（162 条）胃虚水饮食滞，干噫食臭，治宜和胃消痞，宣散水气。

生　姜 12g　　人　参 9g　　干　姜 3g　　炙甘草 9g
半　夏 10g　　黄　连 3g　　黄　芩 9g　　大　枣 12 枚掰

5）**甘草泻心汤**：“伤寒中风，医反下之，其人下利日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞鞕而满，干呕，心烦不得安。”（163 条）脾胃虚痞而干呕，治宜补中和胃，降逆消痞。

炙甘草 12g　黄　芩 9g　半　夏 10g　黄　连 3g
干　姜 9g　大　枣 12 枚掰

6）**黄连汤**："伤寒，胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者。"（178 条）上热下寒，欲呕吐者，治宜清上温下，和胃降逆。

黄　连 9g　干　姜 9g　桂　枝 9g　炙甘草 9g
半　夏 10g　人　参 6g　大　枣 12 枚掰

7）**旋复代赭汤**："伤寒发汗，若吐，若下，解后，心下痞鞭，噫气不除者。"（166 条）胃虚痰阻，呃逆不除，治宜和胃化痰，重镇降逆。

旋复花 9g　代赭石 3g　人　参 6g　生　姜 15g
半　夏 10g　炙甘草 9g　大　枣 12 枚掰

8）**十枣汤**："太阳中风，下利呕逆，表解者，乃可攻之。"（157 条）悬饮呕逆，治宜峻逐水饮。

芫花、甘遂、大戟等分为散，强人 1.8g，弱者 0.9g，10 枚大枣煎汤送服。

9）**栀子生姜豉汤**："发汗吐下后，虚烦不得眠，若剧者，必反复颠倒，心中懊……若呕者。"（78 条）热扰胸膈若呕，治宜清热除烦，降逆止呕。

栀　子 14 个掰　生　姜 15g　香　豉 15g

10）**小柴胡汤**："伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕。"（98 条）少阳胆热，心烦喜呕，治宜和解少阳，和胃止呕。

柴　胡 24g　黄　芩 9g　人　参 9g　半　夏 10g
生　姜 9g　炙甘草 9g　大　枣 12 枚掰

11）**柴胡桂枝各半汤**："伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦疼，微呕。"（151 条）太少兼证，节疼微呕，治宜和解少阳，发表止呕。

桂　枝 4.5g　芍　药 4.5g　黄　芩 4.5g　生　姜 4.5g
人　参 4.5g　半　夏 5g　柴　胡 12g　炙甘草 3g
大枣 6 枚掰

12）**大柴胡汤**："太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡汤；呕不止，心下急，郁郁微烦者，与大柴胡汤下之则愈。"（106 条）少阳兼里实，呕不止，心下急，治宜和解少阳，通下里实。

柴　胡 24g　黄　芩 12g　芍　药 12g　半　夏 5g
生　姜 15g　枳　实 4 枚　大　枣 12 枚掰

13）**四逆辈**："太阴之为病，腹满而吐，食不下。"（273 条）脾虚寒湿，腹满而吐，治宜温中散寒，宜四逆辈。

理中汤（人参、干姜、炙甘草、白术各 12g）

四逆汤（炙甘草 6g，干姜 4.5g，附子 1 枚）

14）**四逆汤**："吐利汗出，发热恶寒，四肢拘急，手足厥冷者。"（387 条）少阴阳衰，吐利厥逆，治宜回阳救逆。

15）**通脉四逆汤**："少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面赤……或干呕。"（317条）少阴格阳，面赤干呕，治宜回阳救逆，宣通内外。

炙甘草6g　大附子1枚　干　姜12g　生　姜6g

16）**白通加猪胆汁汤**："少阴病……利不止，厥逆无脉，干呕烦者。"（315条）少阴戴阳，干呕烦者，治宜回阳救逆，宣通苦降。

葱　白4茎　干　姜3g　附　子1枚　猪胆汁60ml　人　尿300ml

17）**真武汤**："少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气……或呕者。"（316条）阳虚水泛，上逆于胃，治宜温阳行水，和胃降逆。

茯　苓9g　芍　药9g　生　姜24g　白　术6g

18）**猪苓汤**："少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得眠者。"（319条）

少阴阴虚，水热互结，上逆犯胃—养阴清热，利水降逆。

猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石各3g

19）**乌梅丸**："蚘上入其膈，故烦，须臾复止，得食而呕又烦者，蚘闻食臭出，其人常自吐蚘。"（338条）蛔厥得食而呕，治宜寒温兼施，安蛔止呕。

乌　梅300枚　细　辛18g　干　姜30g　炮附子18g
黄　连48g　当　归12g　黄　柏18g　蜀　椒12g
人　参18g　桂　枝18g

蜜丸梧桐子大，服10丸，日3服。

20）**干姜黄芩黄连人参汤**："伤寒本自寒下，医复吐下之，寒格，更逆吐下，若食入口即吐。"（358条）

下寒上热相格，食入即吐，治宜辛开苦降，寒温并用。

干姜、黄芩、黄连、人参各9g

21）**吴茱萸汤**："干呕，吐涎沫，头痛者。"（377条）

肝寒犯胃，浊阴上逆，治宜温肝散寒，降逆止呕。

吴茱萸20g　人　参9g　生　姜18g　大　枣12枚擘

以上21首止吐方均出自《伤寒论》，其均将呕吐列作脾胃主证，常以半夏和生姜作为主药。

22）**小半夏汤**："呕家本渴，渴者为欲解，今反不渴，心下有支饮故也。"（《痰饮咳嗽病脉证并治》22）

胃停水饮，上逆作呕，呕而不渴，治宜蠲饮止呕，治呕祖方。

半　夏30g　生　姜24g

23）**大半夏汤**："胃反呕吐者。"（《呕吐哕下利病脉证治》8）

虚寒胃反，心下痞硬，治宜补虚和胃，润燥降逆。

半　夏60g　人　参9g　白　蜜30g

24）**茱萸汤**："呕而胸满者"，"干呕，吐涎沫，头痛者。"

虚寒而兼肝逆（见21）（《呕吐哕下利病脉证治》9、10）

25）**四逆汤**："呕而脉弱，小便复利，身有微热，见厥者，难治。"（见 13、14）（《呕吐哕下利病脉证治》11）

26）**大黄甘草汤**："食已即吐者。"（《呕吐哕下利病脉证治》12）

胃肠实热，失于和降，治宜清热通腑，和胃降逆。

大　黄 12g　　甘　草 3g

27）**黄芩加半夏生姜汤**："干呕而利者。"（《呕吐哕下利病脉证治》14）

邪热内陷，上逆于胃，下迫于肠，治宜清热和中，降逆止利。

黄　芩 9g　　芍　药 6g　　半　夏 10g　　生　姜 9g

炙甘草 6g　　大　枣 12 枚擘

28）**小柴胡汤**："呕而发热者。"（见 10）（《呕吐哕下利病脉证治》13）

29）**半夏泻心汤**："呕而肠鸣，心下痞者。"（《呕吐哕下利病脉证治》15）

寒热结胃，中焦气痞，治宜辛开苦降，调中和胃。

半　夏 9g洗　　黄　芩 9g　　干　姜 9g　　人　参 9g

黄　连 3g　　炙甘草 9g　　大　枣 12 枚

30）**半夏干姜散**："干呕，吐逆，吐涎沫。"（《呕吐哕下利病脉证治》18）

脾阳不足，寒饮犯胃，治宜温阳健脾，降逆止呕。

半夏、干姜等分为散，顿服 6g

31）**茯苓泽泻汤**："胃反，吐而渴欲饮水者。"（《呕吐哕下利病脉证治》20）

中阳不运，停饮胃反，治宜温胃化饮，和胃降逆。

茯　苓 24g　　泽　泻 12g　　甘　草 6g　　桂　枝 6g

白　术 9g　　生　姜 12g

32）**橘皮竹茹汤**："哕逆者。"（《呕吐哕下利病脉证治》22）

胃虚有热，气逆上冲，治宜清热补虚，和胃降逆。

橘　皮 10g　　竹　茹 10g　　人　参 3g　　甘　草 6g

生　姜 10g　　大　枣 5 枚擘

33）**橘皮汤**："干呕，哕，若手足厥者，橘皮汤主之。"（《呕吐哕下利病脉证治》21）

胃寒气闭，失于和降，治宜通阳除厥，和胃降逆。

橘　皮 10g　　生　姜 24g

34）**生姜半夏汤**："病人胸中似喘不喘，似哕不哕，彻心中愦愦然无奈者。"（《呕吐哕下利病脉证治》16）

寒饮搏结，气机受阻，治宜辛散寒饮，舒展阳气。

半　夏 24g　　生姜汁 48g　　小冷，分四服

35）**猪苓散**："呕吐而病在膈上，后思水者，解，急与之。"（《呕吐哕下利病脉证治》19）

饮停膈上，呕吐思水，治宜健脾利水。

猪苓、白术各等分为散，每服 6g。

以上 14 首止吐方出自《呕吐哕下利病脉证治》篇和《痰饮咳嗽病脉证并治》篇。《金

匮要略》第一次提出“胃反”证，系胃气虚寒，上逆而吐，即朝食暮吐，暮食朝吐，“其病难治”。《金匮要略》还主张不可见吐止吐，有时不止吐反而有利，如“呕家有痈脓，不可治呕”，“病人欲吐者，不可下之。”

张仲景所列35首止吐方，方简药精，具有鲜明的辨证针对性，充分显示经方的特色，不失为后世组方的典范：呕吐、干哕以致恶心，嗳气等消化症，总因胃失和降，气逆于上所致。**治疗以和胃降逆为大法，投半夏、生姜为主药，其祖方便是“小半夏汤”**，所谓治：“诸呕吐，谷不得下者。”小半夏汤由半夏和生姜2味组成，如果胃中寒饮更甚，上下两焦的气机被阻，胸阳不得舒展而心中烦闷，宜减半夏1/5用量，生姜用量倍增，并取汁，小冷，分4次冲服，使胃中寒饮渐渐消散，便成“生姜半夏汤”；虚寒胃反，上逆便燥则以人参补虚，白蜜润燥，组成“大半夏汤”。虚寒而挟肝气上逆，吐涎头痛者，则入苦温的吴茱萸，成为“吴茱萸汤”，《金匮要略》称作“茱萸汤”。邪热上逆于胃，下迫于肠，干呕而利者，加黄芩，成为“黄芩加半夏生姜汤”；外邪内迫阳明，但呕不下利者，伍入桂枝汤和葛根，方名“葛根加半夏汤”。上热下寒，腹痛欲吐者，以黄连清热，人参、干姜、桂枝祛寒，半夏止呕，成为“黄连汤”；寒热相格，食入即吐，加入黄芩，去桂枝、半夏等，组成“干姜黄芩黄连人参汤”。饮停膈上，呕吐思水，投猪苓散；中阳不运，饮停而频吐者，伍入温胃化饮的桂枝、生姜，成为“茯苓泽泻汤”；阴虚水热互结者，去白术，伍阿胶而成“猪苓汤”。此外，如泻心汤类、四逆辈、青龙类、柴胡类等等均在有关条目中详述，此处不再重复。

总之，**张仲景组方，首先是“对证”**，辨证十分精当。**其次是“少而重”**，药味不多，药量较大，力挽病证。经方派的特色，应当为后人所效仿。

2. 健脾祖方四君汤类

四君子汤出自宋《太平惠民和剂局方》，由人参、白术、茯苓、炙甘草四味组成。专治脾胃中虚，运化不健的气短乏力，食少便溏，舌淡脉细之证。

方中以人参甘温补中为君药，常以3～5g另煎兑服，白术健脾燥湿为臣药，一般炒用10g，茯苓健脾渗湿为佐，可用到15g，炙甘草缓中为使(因有人参、白术之甘，常常祛用)。四君子汤健脾补气作用明显，临床凡见气虚证候均可加味应用，**特别治疗胃炎，溃疡病，胃肠功能紊乱，消化不良等属气虚证类有效**，可称谓健脾补气之祖方。

宋·钱乙所撰《小儿药证直诀》中加陈皮一味(现用到15g)，名为“异功散”，加强理气和胃之力，尤消脘胀，可治脾虚纳少，胸脘痞胀证；明·虞抟所撰《医学正传》中再加半夏(现用法半夏10g)、姜枣(可祛用)，名为“六君子汤”，加强温化痰湿之力，尤治脾虚痰湿的咳痰，呕逆证；宋《太平惠民和剂局方》中再加木香(现用10g)、砂仁(现用10g后下)、生姜(现用3g)，名为“香砂六君子汤”，加强理气散寒之力，可治脾胃虚寒，痰饮中阻，痞痛吐泻证，特别是溃疡病，慢性腹泻和妊娠恶阻；其书以四君子汤加扁豆(现用10g)、黄芪(现用生芪10g)、藿香(现用叶10g)，名为“六神散”或“加减四君子汤”，加强健脾消食除湿之力，用于调理脾胃，可治纳差吐泻证，酌量后特别治疗小儿乳食失调，疳积低热，

吐泻不止证；明·王肯堂撰《证治准绳》，以四君子汤加葛根（现用生葛根 10g）、木香（现用 10g）、藿香（现用叶 10g），名为“七味白术散”，健脾和胃之外，还增清热生津之力，专治脾虚纳少，发热口渴证。

3. 补肾效方地黄汤类

地黄汤（丸）又名六味地黄丸。出自宋·钱乙所撰《小儿药证直诀》，由熟地黄、山萸肉、干山药、泽泻、牡丹皮、白茯苓六味组成。滋补肾阴，专治肾阴不足，虚火上炎的五心烦热，腰痠头晕，咽干耳鸣，盗汗遗精，苔净质红，脉沉细数证。

该方由三补三泻组成。其中熟地滋补肾阴（现用生地补而不腻，10～15g），山药滋补脾阴（现用 10g），山萸肉滋补肝阴（以黄精代之，肝脾兼顾且价廉，现用 10g）。补中有泻，泽泻（现用 10g）清泄肾火防熟地之滋腻；云苓（现用 10g）淡渗脾湿，助山药之益脾，温中有清；丹皮（现用 10g）清泄肝火，制山萸之温。六味地黄本从《金匮要略》的肾气丸减温燥的桂附而成，原治小儿发育不良的“五迟”证，现今广泛用于肾阴不足证，特别治疗糖尿病、慢性肾炎、肺结核、原发性高血压、神经衰弱、功能性子宫出血、甲状腺功能亢进等属肾亏证类，为补肾之效方。

东汉张仲景所撰《金匮要略》中，还有桂枝、附子两味，名为“肾气丸”或称“金匮肾气丸”，又称“附桂八味丸”，加强温补肾阳之力，成为肾阳不足证类的代表方；宋·严用和撰《济生方》，以桂枝易官桂，再加车前子（现用车前草 30g）、川牛膝（现用 15g），名为“济生肾气丸”，除温阳外，增强利水之力，而治阳虚水肿之证；《济生方》将肾气丸中增鹿茸（用散剂 1～3g 冲服）、五味子（现用 10g），名为“十补丸”，主治肾阳衰微，腰痠面黑，足冷且肿，形瘦神疲之证；清·杨乘六辑《医宗已任编》，以六味丸加五味子，名为“七味都气丸”，简称“都气丸”，以五味子酸敛纳气而治肾阴不足，肾不纳气的喘息难卧证；清·吴谦等编《医宗金鉴》，以六味丸加知母、黄柏（现各用 10g），名为“知柏地黄丸”，增强清降相火之力，善治阴虚火旺诸证；清·董西园撰《医级》，以六味加枸杞子、菊花（现各用 10g），名为“杞菊地黄丸”，增加养肝明目之力，善治水不涵木诸证；加麦冬、五味子（现各用 10g），名为“麦味地黄丸”，增加润肺清肺之力，善治肺肾阴虚，劳热咳血诸证；加当归、白芍（现各用 10g），名为“归芍地黄丸”，增加柔肝之力，善治肝肾阴虚，胁痛眩晕诸证；加人参（现用 3g 另煎兑服）、麦冬（现用 10g），名为“参麦地黄丸”，增加补气养阴之功，善治气阴两虚，久咳喘息诸证；加菖蒲（现用石菖蒲 10g）、磁石（现用 10g）、五味子（现用 5g），名为“耳聋左慈丸”，增加通窍之力，善治肾虚耳鸣；明·张介宾著《景岳全书》，以六味丸去泽泻、丹皮，加枸杞子（现用 10g）、炙甘草（现用 5g），名为“左归饮”，既补真阴，又养肝血，组成滋肾养肝益脾之方，为单纯“壮水之剂”，适治肾肝脾三阴之虚，腰痠遗泄，口渴欲饮，咽燥盗汗，舌质光红，脉象细数之证。《景岳全书》还有“左归丸”组方，除用三补的熟地、山药、山茱萸之外，还加枸杞子、川牛膝、菟丝子、鹿角胶和龟板胶，其滋补之力大增，为培补元阴，填充精血之剂，适于精髓亏虚，津液枯涸之证；《景岳全书》还以“肾气丸”去三泻

(丹皮、泽泻、云苓),加入枸杞子 10g、生杜仲 10g、炙甘草 3g,组成“右归饮”,其温补之力更大,专治命门火衰证。右归饮去炙甘草,加菟丝子、鹿角胶、当归,名为“右归丸”,温补之力更强,尤治年迈久病的火衰证,如畏寒肢冷,气衰神疲,腰膝痠软,阳痿滑泄诸证。

4. 养血良方四物汤类

四物汤出自宋《太平惠民和剂局方》,由熟地黄、当归、白芍、川芎四味组成。补血调经,专治营血虚滞的眩晕惊惕,面白耳鸣,唇爪无华,以及妇女经少,闭经痛经,舌淡脉细诸证。

方中熟地填精养血为君药(现用生地 10g,防滋腻),当归补血养肝为臣(现用全当归 10g),白芍和营柔肝为佐(现用 10g),川芎活血行滞为使(现用 10g 以下)。四物汤本从《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》篇中,治妇人漏下的“胶艾汤”去阿胶、艾叶、甘草三味化裁而成,**是妇科调经的基本方,治疗月经不调,子宫内膜炎,附件炎,子宫发育不全等血虚证类,至今已引申到治疗内科诸疾而见血虚证类,故为养血良方。**

明·薛己撰《正体类要》,以四君子合四物汤加姜枣而成“八珍汤”,成为气血双补的代表方,用治气血双亏的心悸气短,面白倦怠,眩晕纳差,质淡脉弱诸证;明·张介宾著《景岳全书》再加益母草(现用 10g)制成丸剂,名为“八珍益母丸”,专治妇女月经不调,腰痠带下属气血双亏证类;将八珍汤去茯苓,加黄芪(现用生黄芪 15g)、川断(现用 15g)、黄芩(现用 10g)、砂仁(现用 5g 后下)和糯米,名为“泰山磐石散”,专治妇女气血双亏,先兆流产;宋《太平惠民和剂局方》在八珍汤内加入黄芪(现用生芪 15g)、肉桂(现用 5g),名为“十全大补汤”,既增补气之力,又加温肾之效,可治气血双亏而兼肾阳不足的虚劳喘咳,遗精崩漏,形寒尿频,腰膝痠软诸证。

5. 通腑首方承气汤类

承气汤类原出自东汉·张仲景著《伤寒论》。以消痞的枳实(现用枳壳 10g 代之),除脘腹痞塞闷堵;除满的厚朴(现用 10g),除脘腹胀满;润燥的芒硝(现用 10g 后下)除肠内燥结,腹部坚硬,苔燥无津;攻实的大黄(现用制大黄 10g),除肠内宿食积屎。四味组合成各类承气汤,成为通腑的首方。

“大承气汤”主治阳明腑实证,如高热昏厥,狂躁便秘,苔黄厚燥,脉滑实疾等症,因痞、满、燥、实俱全之阳明热结重证,故四味全用,成为寒下剂的代表方,用于急腹症,湿毒内结,癫狂,痉病,痢疾,术后腹胀便秘等均有良效。“小承气汤”主治胸腹胀满,烦躁谵语,溲赤便秘或热结旁流,舌苔黄厚,脉象沉滑等症,系痞满实俱而未燥结的阳明热结轻证,故不用芒硝,且减枳朴用量,成为清热泻火,宽中行气之剂。“调胃承气汤”主治胃肠积热,口渴便秘,腹满拒按,舌苔黄腻,脉象滑数等症,系阳明燥热内结而无痞满之症,故不用枳朴,加入甘草缓中,成为缓下之剂。《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》篇,以

小承气汤重用厚朴，名为“厚朴三物汤”，增强行气除满之力，改变小承气汤重用大黄意在攻实，专治腹部满痛而大便不通症。厚朴三物汤合桂枝汤去芍药，便成“厚朴七物汤”，此时虽有表证但发热已经 10 日，转向里证而见腹满不痛，系太阳表邪未解而见阳明腑实，应表里双解，桂枝汤解表和营，厚朴三物汤行气除满。

后世对承气汤类更有发挥，如清·吴鞠通著《温病条辨》，以增液汤（生地、玄参、麦冬现用各 10g）加大黄（现用制大黄 10g）、芒硝（现用 5g 后下），名为“增液承气汤”，一面增液行舟，一面通便泄热，专治阴亏热结的便秘证。以增液汤加大黄、芒硝、甘草（现用生甘草 3g）、人参（现用 3g 另煎兑服）、当归（现用 10g）、生姜（现用 3g）、海参（现用湿海参 20g），名为“新加黄龙汤”，专治气阴两虚腑实便秘的口干咽燥，气短乏力，腹满纳差，苔黄脉弱诸症。以硝黄加生地（现用 10g）、赤芍（现用 15g）、黄柏（现用 10g）、黄连（现用 5g）组成“导赤承气汤”，清心泻火，专治大小肠燥实热壅，小便赤痛，烦渴便秘证。明·陶华撰《伤寒六书》，以大承气汤加人参（现用 3g，另煎兑服）、当归、桔梗（均用 10g），再加姜枣草，名为“黄龙汤”，专治正虚腑实证既以大承气汤寒下（芒硝不后下），又以参归气血双补，再以桔梗宣肺通腑，姜枣草和胃气，调诸药，成为扶正泻下之剂。清·俞根初等著《通俗伤寒论》，以白虎汤合调胃承气汤，名为“白虎承气汤”，既清气分热，又泻肠中燥实，专治胃热肠实证。

6. 清气主方白虎汤类

白虎汤原出自东汉张仲景著《伤寒论》。由知母、生石膏、炙甘草、粳米四味组成。清热生津，专治阳明经热的“四大”症，即大热、大汗、大烦渴、脉洪大，加之舌质红，苔黄燥。

方中以生石膏为君药（现打碎用 30g），辛甘大寒，清泄肺胃实热。知母为臣药（现用 10g），既清热又润燥。甘草（现用 3g）、粳米（现以生苡米 10g 代），和胃保津，共为佐使药。**白虎汤为清气分大热的主方，治疗乙脑，伤寒等急性传染病以及中暑消渴、风湿热痹、癌性发热、龈肿便结诸证有效。**

《伤寒论》中本方加人参，名为“白虎加人参汤”，也称“人参白虎汤”，增其补益气阴之力，可治白虎汤证而见燥渴不止，汗多乏力，脉浮大无力的气津两伤证，此时最宜用西洋参 3～5g 另煎兑服。《金匮要略》中本方加桂枝，名为“白虎加桂枝汤”，也称“桂枝白虎汤”，可治白虎汤证而兼营卫不和，汗出畏风，关节肿痛，苔白脉弦者。宋·朱肱撰《类证活人书》，以本方加苍术，名为“白虎加苍术汤”，也称“苍术白虎汤”，可治白虎汤证兼以湿困苔腻的风湿热，湿温证等。清·俞根初撰《通俗伤寒论》以白虎汤加柴芩、花粉、鲜荷叶，名为“柴胡白虎汤”，可治寒热往来，寒轻热重，心烦汗出，口渴引饮，脉弦有力。

7. 温通要方桂枝汤类

桂枝汤出自东汉·张仲景著《伤寒论》（见 12 条、13 条、15 条、17 条、18 条、24 条、53

条、54条、95条),由桂枝、芍药、姜枣草五味组成。辛温解表,调和营卫,专治外感风寒表虚证而见发热恶风,汗出节楚,头痛咳嗽,舌苔薄白,脉象浮缓,以及营卫不和,气血不调的微寒自汗脉缓证。

方中桂枝疏散风寒以解肌表为君药。白芍敛阴和营,使桂枝辛散而不伤阴为臣药,两药一散一收,调和营卫而解表和里。生姜助桂枝解表邪,大枣助白芍和营,共为佐药。炙甘草调和诸药为使药。**用治感冒发热,自汗畏风,妊娠恶阻,柔痉痹痛等见外感表虚,营卫不和证。**为《伤寒论》中第一方,应用广泛,可视作温通之要方。

在《伤寒论》中对桂枝汤有多种加减变化:如以桂枝汤加重桂枝用量(由原方9g加为15g,或换用肉桂5g),名为"桂枝加桂汤",增强温通心肾阳气,驱散内寒,增加平肝降逆而治奔豚(117条)。以桂枝汤加重芍药用量(由原方9g加为18g),名为"桂枝加芍药汤",增强和营止痛之力,专治腹满胀痛下利之太阴证(279条)。以桂枝汤加葛根12g,名为"桂枝加葛根汤",专治太阳中风表虚证而见"项背强几几"症(14条)。以桂枝汤加附子(现用10g),名为"桂枝加附子汤",为桂枝汤证而兼见阳虚所设,治疗表阳不固,漏汗不止,四肢屈伸不利证(20条)。以桂枝汤加大黄6g、倍芍药,名为"桂枝加大黄汤",专治桂枝汤证而兼腹痛拒按的气血积滞证(279条)。以桂枝汤加厚朴6g、杏仁10g,名为"桂枝加厚朴杏子汤",增加降气平喘之力,用治因于风寒表虚而咳喘明显和素有咳病,风寒引发,气逆喘息者(18条、43条)。桂枝汤加大芍姜用量(均由原方9g加为12g),再加人参9g,名为"桂枝新加汤",加强补气固表,养血通阳作用,专治发汗过多,损伤卫阳营阴而致遍身肌肉关节疼楚证(62条)。以桂枝汤和麻黄汤合方,减其剂量(仅为总量的1/3。桂枝4.5g、芍药、生姜、炙甘草、麻黄各3g、大枣4枚擘、杏仁24枚),名为"桂枝麻黄各半汤",解表发汗而不伤正,调和营卫而不恋邪,为解表发汗轻剂,适合体虚或老人伤寒表证(23条)。以桂枝汤合小柴胡汤(桂枝、芍药、黄芩、生姜、人参各4.5g、炙甘草3g、大枣6枚擘、半夏6g、柴胡12g),名为"桂枝柴胡汤",治疗太阳少阳并病,症见发热,微恶风寒,肢节烦痛,微呕不能食,心下支结,口苦,舌苔白,脉浮弦证,如感冒、流行性感冒、扁桃体炎、风湿病、溃疡病、更年期综合征、癫痫等见上证者(146条)。

在《金匮要略》中还有不少补充。如《妇人妊娠病脉证并治》篇,以桂枝汤中的桂枝、芍药两味,加茯苓、丹皮、桃仁等分为丸,名"桂枝茯苓丸",成为温通化瘀之剂,用治瘀血痛经、产后恶露停滞、宫外孕、子宫肌瘤、卵巢囊肿等有瘀血寒凝证者常有效。《中风历节病脉证并治》篇有"桂枝芍药知母汤",桂枝、防风、知母各12g、白术、生姜各15g、麻黄、甘草各6g、芍药9g、炮附子2枚。温经宣痹,养阴清热兼施,通治风湿、类风湿证。《血痹虚劳病脉证并治》篇,以桂枝加龙骨、牡蛎各9g,组成"桂枝加龙骨牡蛎汤",用桂枝汤调和营卫,龙牡重镇潜纳,可治血痹虚劳失精诸证。《水气病脉证并治》篇,以桂枝汤加黄芪6g,名为"桂枝加黄芪汤",用桂枝汤解肌调和营卫,加黄芪托表逐湿,可治湿邪流入下肢关节,阳气被郁,发热足冷,水肿身重的黄汗证。

8. 回阳经方四逆汤类

四逆汤首载于《伤寒论》，由炙甘草、干姜、附子三味组成。回阳救逆，药精力宏，为急救亡阳虚脱的代表方。救治四肢厥逆，神疲欲寐，恶寒踡卧，冷汗如油，下利清谷，舌淡苔滑，脉沉细微的阳衰阴盛证。

方中附子大辛大热，温阳祛寒，回阳救逆为主药（现用 10～15g），干姜为辅，大增其回阳之力（现用 10g），炙甘草佐使而调附姜。速救四肢之厥而名“四逆”，系经方特色的充分显示。

《伤寒论》中对四逆汤还有加减变化，以适应各类阳衰证。如加人参，名为“四逆加人参汤”（可用 3～10g 另煎兑服），以增益阴补气之力。回阳复阴，用治阳虚寒盛而阴液内竭证，症见四肢厥逆，汗多气促，脉沉细微等。倍干姜，名为“通脉四逆汤”，加强温中通脉之力，治真寒假热证。去炙甘草，加葱白，名为“白通汤”，加强通阳散寒复脉之力，治阴盛浮阳证。再加人尿、猪胆汁，名为“白通加猪胆汁汤”，系寒性反佐，既治呕逆，又防药物格拒。明·陶华撰《伤寒六书》，将四逆汤合六君子汤再加麝香、肉桂、五味子组成“回阳救急汤”，既回阳救逆，又益气生脉，主治阴寒内盛，阳气衰微的四肢厥冷，恶寒踡卧，腹痛吐泻，舌淡苔滑，脉沉尺弱，甚或无脉症。

目前四逆汤经剂型改革，有生产面市的“参附注射液”，可以静脉给药，对于阳衰阴盛的各类休克的救治，更速更效，系经方新用。

9. 除烦名方栀子豉汤类

栀子豉汤出自《伤寒论》（76 条、77 条、80 条、81 条、223 条、375 条）。由栀子、香豉 2 味组成。清热除烦，用于热郁胸膈，身热懊憹，虚烦失眠，质红脉濡之证。

方用泄热除烦的栀子，透邪解热的豆豉（现各用 10g），宣泄郁热而除烦。《伤寒论》中还有不少的加减变化。如加炙甘草 6g，名为“栀子甘草豉汤”，加强益气缓急之力，善治短气（78 条）；加生姜 15g，名为“栀子生姜豉汤”，加强止呕之力（78 条）；去豆豉加厚朴 12g、枳实 4 枚，名为“栀子厚朴汤”，兼治胸痞腹满（81 条）；加重豆豉用量，增为 18g，再加枳实 3 枚，名为“枳实栀子豉汤”，兼治心下痞塞（392 条）；去豆豉加干姜 6g，名为“栀子干姜汤”，兼治上焦有热，中焦有寒，身热不去而烦，腹胀食少便溏者（82 条）；去豆豉加炙甘草 3g、黄柏 6g，名为“栀子柏皮汤”，专治湿热黄疸而心烦者（261 条）。

《金匮要略·黄疸病脉证并治》篇有治酒疸的“栀子大黄汤”，以栀子 14 枚、枳实 5 枚、大黄 3g 组方，和胃除烦，治黄疸心中懊憹证。

10. 泻心汤类的应用

泻心汤出自《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》篇。由大黄 6g，黄连、黄

芩各 3g 三味组成，俗称“**三黄泻心汤**”，泻火解毒，泄热燥湿。《金匮要略》原治心胃火炽，迫血妄行的吐衄便秘，心烦不宁证。方用大黄泻热（现用制大黄 15g），黄连、黄芩清泄解毒（现各用 10g）。后人扩大其应用范围，还可直泄三焦积热，治目赤口疮，尿涩且痛，渴饮便秘，苔黄脉数，以及用于热毒炽盛的痈肿证。

张仲景应用泻心汤还有不少加减法，如《百合狐惑阴阳毒病脉证治》篇，以生甘草 12g，黄芩、半夏、人参、干姜各 9g，黄连 3g、大枣 12 枚擘组成“**甘草泻心汤**”，功专清热解毒，和胃化湿，对白塞氏综合征（目、口、舌、咽、二阴溃烂）有效。《呕吐哕下利病脉证治》篇，以半夏 12g、黄芩、干姜、人参、炙甘草各 9g，黄连 3g，大枣 12 枚擘组成“**半夏泻心汤**”，辛开苦降，开结除痞，专治心下痞满，上逆呕恶，肠鸣下利，苔薄黄腻，脉象弦数证，如胃炎、消化不良、胃肠功能紊乱等。在《伤寒论》中以半夏泻心汤减干姜用量为 3g，加生姜 12g，名为“**生姜泻心汤**”（162 条），除和胃消痞外，还能宣散水气，治疗水热互结，胃中不和的心下痞满，食臭呕恶，肠鸣下利证。以泻心汤加炮附子 3g，名为“**附子泻心汤**”（160 条），增强扶阳固表之力，治疗热结心下而兼表阳虚证的恶寒汗出。

仲景创组泻心汤类共有五首：“泻心汤”泻火解毒燥湿，可泄三焦热毒。“甘草泻心汤”专治胃虚痞结证。“半夏泻心汤”善治寒热互结的痞满吐泻证。“生姜泻心汤”可治水热互结的痞满吐泻证。“附子泻心汤”乃治热结证而兼表阳虚衰恶寒汗出证。**五方虽同名“泻心”均治痞证，然同中有异，不可混用。**

11. 建中汤类的运用

建中汤原由张仲景所制。《伤寒论》中有“小建中汤”（102 条、105 条），用桂枝汤倍芍药 12g，加饴糖 18g 组成，为甘温建中，补虚缓急之剂。方中饴糖（现用 30g）温中补虚，甘以缓急为君药。桂枝（现用 10g）温阳，白芍养血调和营卫为臣药，芍药（现用 15g）配炙甘草（现用 5g），为缓急止痛的“芍药甘草汤”。生姜、大枣、甘草之温又为佐使药。可治疗虚劳之疾，如发热心悸，腹痛喜按，得温则缓，面色无华，苔滑脉细之证。近治脾胃虚寒的溃疡病、慢性肝炎、再障贫血、慢性腹膜炎、神经衰弱、功能性发热等有效。

《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》篇，组建“大建中汤”，由蜀椒 3g、干姜 5g、人参 9g、饴糖 18g 四味组成。建中温阳，降逆止痛，主治中阳衰弱，阴寒内盛的心胸寒痛，呕吐不食，苔滑脉缓之证。方中也以饴糖为君药，建中温阳，补虚缓急，因其阴寒程度较小建中为重，故加大温补之力而入人参、干姜、蜀椒之类。治疗胃肠痉挛、胃扩张、肠粘连、蛔虫性肠梗阻、嵌顿性疝气、腹痛呕吐属中阳虚损，阴寒内盛证者有效。

《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》篇，以小建中汤加生芪（现用 10～15g），名为“黄芪建中汤”，增以补气之力，为温中补气之方，可治脾胃虚寒，中气不足的溃疡病，胃炎而见脘痛隐绵，食入痛减，喜温喜按，纳谷减少，面黄气短，苔薄白舌质淡，脉沉细之证。唐·孙思邈撰《千金翼方》，以小建中汤加当归（现用 10～15g），名为“当归建中汤”，增以养血之力，为温中养血之方，可治中阳衰弱，营血亏损的腹痛不止，痛引腰背，少腹拘急，纳

谷减少，形瘦畏寒，舌淡脉细之证。

12. 大、小青龙汤应用之别

大、小青龙汤均出自《伤寒论》。“大青龙汤”由麻黄汤倍麻黄用量 18g，倍炙甘草用量 6g，再加生石膏 24g、生姜 9g、大枣 4 枚掰而成，专治表实而兼内热证。加大麻黄用量，即加大发汗之力，伍用石膏则清泄里热而除烦，证见寒热俱重，身疼无汗，烦躁不安，脉象浮紧者（38 条、39 条）。

“小青龙汤”由麻黄汤去杏仁，加重桂枝、炙甘草用量（均加为 9g），再加细辛、干姜、半夏、五味子、芍药各 9g 组成。既有麻黄汤的解表散寒，又有细辛、姜夏、五味的温肺化饮，而治外感风寒，内停痰饮，症见恶寒发热，但口不渴，无汗浮肿，胸痞身痛，咳喘干呕，苔薄白腻，脉象浮缓者（40 条、41 条）。

大小青龙汤虽然均以麻黄汤为基础的加减变化，均治风寒表实证，但其用大别：大青龙风寒较重而兼内热，增加了麻黄汤的发汗而伍清泄里热除烦之石膏，可用于外感热病、肺炎、支气管炎属表寒里热证者。小青龙汤风寒较轻而兼痰饮，故减轻了麻黄汤的发汗力，配以温肺化饮的细辛、姜夏，可用于外感热病、肺炎、支气管炎属表寒痰饮证。

13. 大、小柴胡汤病位之分

大、小柴胡汤均出自《伤寒论》。“小柴胡汤”由清透少阳的柴胡 12g、黄芩 9g，和胃降逆的半夏 9g、生姜 9g，扶正祛邪的人参 9g、大枣 4 枚掰，以及调和诸药的炙甘草 6g 组成，是少阳病的主方，临床内外妇儿各科疾患，但见寒热往来，胸胁苦满，默默不食和心烦喜呕主证（但见一证便是，不必悉具），均可使用，特别对虚人、老人外感，经期发热等有良效（96 条、97 条、98 条、99 条、101 条、229 条、230 条、265 条）。《伤寒论》对小柴胡汤还有三首变方：“柴胡桂枝汤”系小柴胡汤与桂枝汤合方，治太阳少阳并病（146 条）；“柴胡加龙骨牡蛎汤”系小柴胡汤、柴胡桂枝汤与桂枝加龙牡汤合方，治三阳并病，三焦积热，气滞痰结证（107 条）；“柴胡桂枝干姜汤”系小柴胡汤去人参、大枣、半夏，改用干姜，加瓜蒌、牡蛎、桂枝而成，和解少阳，散寒清热，温清兼施，适于微有寒热或寒热往来，但头汗出，口苦且渴，胸胁微结，小便不利，心烦便溏，舌淡苔滑，脉象浮数诸证（147 条）。

“大柴胡汤”系小柴胡汤去人参、甘草，合小承气汤去厚朴再加芍药组成，主治少阳未解转入阳明化热的少阳、阳明合病，既有寒热往来，又见腹痛便秘，苔黄脉弦。目前治疗外感热病和各种急腹症见少阳阳明合病者有效（103 条）。

大小柴胡汤均有和解表里之意，然**小柴胡汤单纯在少阳，大柴胡汤为少阳未解已入阳明热结**。两证病位应加区别。

14. 大、小陷胸汤破开之异

大、小陷胸汤均出自《伤寒论》，均治“结胸证”，但组方主治均有大异，不可不辨。

“大陷胸汤”由大黄21g（先煮）、芒硝21g（后下，煮一二沸）、甘遂1g（后纳温服），泻热逐水，破结力宏，专治邪热内聚，胸腹结水的结胸证。大黄荡涤邪热，甘遂泻水逐饮，芒硝软坚破结，此方为峻剂，必须抓住“结胸证”，即胃中水食互结，见心下至少腹硬满，痛而拒按，便秘潮热，舌燥而渴，脉沉紧有力之证（134条、135条、136条、137条）。

《伤寒论》还有“大陷胸丸”，系汤剂加葶苈子、杏仁两味白蜜为丸。凡以膈上为主，结胸而见咳喘上气，胸中痰水，项亦强者更宜之（131条）。

“小陷胸汤”由黄连6g、半夏9g、瓜蒌30g三味组成，以全瓜蒌为主药，清化痰热，下气宽胸，辅以黄连的清热降火，半夏的祛痰降逆，突出清热化痰开痞，治小结胸证，即痰热互结轻者，仅限于心下，按之始痛，属痞结范围。而大陷胸汤所治的结胸证，症重，范围广，从心下至少腹均硬满而痛，手不可近。因此，**大陷胸汤重在破结，小陷胸汤重在开痞**。汤有大小，证有轻重，破开大异矣。

15. 温胆汤痰浊主方

温胆汤始载于唐·孙思邈的《备急千金要方·卷十二·胆腑》篇中：“治大病后虚烦不得眠，此胆寒故也。宜服温胆汤方。”原方仅治胆寒的“虚烦不得眠”，为安神方剂。后世增加云苓并扩大其主治范围，如宋·陈言的《三因极一病证方论》，明·张介宾的《景岳全书》均主治“气郁生涎”，开始转成治痰方剂。直至清·张秉成的《成方便读》主治“胆虚痰扰”，正式成为治疗痰浊的主方。

胆病何以生痰？《成方便读》云：“且胆为甲木，其象应春，今胆虚即不能遂其生长发陈之令，于是土得木而达者，因木郁而不达矣；土不达则痰涎易生，痰为百病之母。”此处胆虚实指胆郁。胆为中清之腑，内藏精汁，主生发疏泄，决断出焉。胆郁则失于疏泄，导致脾胃不能正常输布、运化水湿，聚而生痰，所谓“脾为生痰之源”矣。

综观各家诠释，其“**温**”字有3种含义：①**旺盛激发胆的疏泄功能**。如方药中《谈辨证论治的基本精神》所云：“温胆即指胆在病因作用下而出现之功能减退，作用失职时，使之得到旺盛或激发，从而恢复正常作用的一种治疗方法。”②**顺其胆性，取其温通、温顺畅达之义**。如秦伯未《谦斋医学讲稿》所云：“本方称为温胆，是根据胆的性质，以期达到升发的作用，与温脾、温肾等温字，意义完全不同。”③**能系胆之温气**。如清·汪昂撰《医方集解》所云：“其以温胆名汤者，以胆欲不寒不燥常温为候耳。”总之，“温胆”非“温补”者，而是恢复胆的疏泄功能以达土运而祛痰矣。

经陈言的化裁，将《备急千金要方》温胆汤原方，减少生姜用量（2两），增人云苓1味（1两半），后人又加大枣，组成现今治痰浊的温胆汤。其中温药3味（半夏、陈皮、生姜）

合9两，凉药1味(竹茹)合2两，平药3味(茯苓、甘草、大枣)合4两，总以辛温组方为主。但其方颇具特色：寒热并用，辛苦兼施，酸甘相配。从而辛温而不热，清热而不寒，化痰而不燥，健脾而不腻。全方性平气和，由原方的温复胆气而扩大为温顺胆气，和胃化痰，清静胆腑。由原方的主治虚烦不得眠扩大为治痰浊证的主方，解除木郁土壅，痰浊内生证。

温胆汤历代医家常用，且有种种的化裁，择其要者有四首：宋·严用和所撰《济生方》中加胆星、菖蒲、党参，名为"涤痰汤"，增强益气祛痰、化浊开窍之力，善治痰迷心窍证。目前常用在心脑血管疾病、感染性传染病、癫痫狂证；明·王肯堂所撰《证治准绳》中加枣仁、熟地、人参、五味子，名为"十味温胆汤"，增大补气养血宁神之力，善治心虚胆怯的心悸不眠、肢肿诸证，目前常用在心血管病、神经衰弱、更年期综合征等气血不足，痰浊内生证；清·陆延龄所著《六因条辨》中加黄连，名为"黄连温胆汤"，加大清热之力，专治痰热内扰证，目前常用在胃肠疾病、呼吸系痰热证，以及心血管病痰热内壅证；清·俞根初等所著《通俗伤寒论》中加青蒿、黄芩、碧玉散，名为"蒿芩清胆汤"，增加清胆利湿、和胃降逆之力，专治湿温、呕逆证，目前常用在胃肠疾病、不明原因发热等湿热中阻证。

在内伤实证中，本人喜投"温胆汤"，用治痰浊化热证常能获效。使用温胆汤要掌握**六个主证：头重、胸满、口黏、纳呆、苔腻、脉滑**。其中尤以苔腻为要，可以"一锤定音"，所谓"但见苔腻一证便是，其余不必悉具。"在临床应用中，对温胆汤还宜稍作加减：竹茹10g，清热化痰是为主药；云苓15g、陈皮15g，健脾祛痰，截断"生痰之源"是为辅药；枳壳10g，理气行滞，利于痰浊的排出是为佐使药。温胆汤仅用此4味为基础药。方中半夏虽可化湿除痰，但因其燥性不利于痰浊化热；生姜虽可祛痰，但因其辛温也不利于痰浊化热；炙甘草甘味，大枣滋腻，均不利痰浊之祛，故此4味均应删除不用。痰浊最易闭窍，为利于祛痰应伍透窍豁痰的石菖蒲10g，畅行气血的郁金10g。这样，祛痰主方"温胆汤"就由竹茹、枳壳、云苓、陈皮、石菖蒲、郁金6味重组。

温胆汤的临床应用还有16则加味选药法：

1) 热痰黏稠：葶苈子10g炒、黄芩10g、鱼腥草15g、胆星10g、天竹黄10g、竹沥水10ml。

2) 寒痰稀沫：白芥子10g、桂枝10g、干姜5g、细辛3g、法半夏10g。

3) 顽痰不化：生龙骨30g、生牡蛎30g、蛤壳粉30g、海藻15g、莱菔子10g。

4) 癫痫：海参肠30g、白矾10g、钩藤15g、荆芥5g、野菊花10g、生牡蛎30g。

5) 精神分裂症：制大黄15g、青礞石15g、草决明30g、桃仁10g、生栀子10g。

6) 神衰失眠：炒枣仁10g、夜交藤30g、知母10g、川芎10g、黄连10g、肉桂3g。

7) 眩晕耳鸣：泽泻10g、炒白术10g、蝉衣5g、阿胶珠10g、白菊花10g、川芎10g、天麻10g。

8) 原发性高血压：钩藤15g后下、莱菔子10g、泽泻10g、海藻15g、川芎10g、夏枯草15g。

9) 冠心病：全瓜蒌30g、薤白10g、丹参30g、葛根10g、赤芍10g、苏木10g。

10）胃肠症：木香10g、焦三仙30g、公英10g、连翘10g、生鸡内金30g、煨葛根10g。

11）功能性发热：青蒿15g后下、银柴胡10g、桑白皮10g、生芪10g、车前草30g。

12）更年期综合征：蛇床子10g、泽兰10g、川断15g、桂枝10g、白芍5g、生龙骨30g、生牡蛎30g。

13）尿毒症：白花蛇舌草30g、王不留行10g、丹参30g、生苡仁10g、仙鹤草10g、泽兰10g。

14）妇女病：鸡血藤10g、伸筋草10g、香附10g、益母草10g、丹参30g、川楝子10g。

15）良性肿瘤：夏枯草15g、生牡蛎30g、山慈姑10g、丹参30g、莱菔子10g、生山楂15g。

16）癌症：白花蛇舌草30g、野菊花10g、公英10g、丹参30g、仙鹤草10g、生苡仁10g、全瓜蒌30g、三七粉3g冲。

16. 逐瘀汤化瘀主方

清·王清任所撰《医林改错》创组化瘀主方逐瘀汤，共分血府、膈下、少腹、身痛四首。

"血府逐瘀汤"由活血逐瘀的桃仁10g、红花10g、川芎10g、赤芍10g，行气开胸的柴胡10g、枳壳10g、桔梗5g，引血下行的川牛膝15g，和血养血的生地10g、当归10g组成，以便活血而不伤血，逐瘀又能生新。专治瘀阻胸中，胸痛烦闷，入暮渐热，舌质暗红，边有瘀斑，脉涩弦紧。近用治冠心病心绞痛、风心病心衰、胸部挫伤、肋软骨炎、神经官能症、脑震荡后遗症、经闭痛经等。

"膈下逐瘀汤"由活血逐瘀的桃仁10g、红花10g、川芎10g、赤芍10g、丹皮10g，行气止痛的五灵脂10g包、元胡10g、乌药10g、香附10g、枳壳10g，养血和血的当归10g，调和诸药的炙甘草5g组成。重在止痛，专治瘀阻膈下，胁腹胀痛，癥瘕积块，质紫脉弦。近用治急腹症、肝硬化、肝肿瘤、脾肿大等。

"少腹逐瘀汤"由活血逐瘀的川芎10g、赤芍10g，温经止痛的小茴香10g、没药10g、五灵脂10g包、蒲黄10g、肉桂5g、元胡10g、干姜10g，和血养血的当归10g组成。重在温经，专治瘀阻少腹，积块痛经，月经不调，经少瘀块，崩漏凉痛，舌质紫暗，脉象弦涩。近用治妇女痛经、闭经、盆腔炎、子宫肌瘤、卵巢囊肿、宫外孕、更年期综合征、神经官能症、肠粘连等。

"身痛逐瘀汤"由活血逐瘀的桃仁10g、红花10g、川芎10g，通痹止痛的秦艽10g、没药10g、五灵脂10g包、地龙10g、香附10g，引药上行的羌活5g，下达的川牛膝15g，养血活血的当归10g，以及调和诸药的炙甘草10g组成。重在通痹，专治瘀阻经络，肢体痹痛，经久不愈，舌质紫暗，脉象弦涩。近用治风湿、类风湿关节炎、硬皮病、结节性红斑、脉管炎等。

王清任在《医林改错》中还针对瘀阻头面组成**"通窍活血汤"**，由活血逐瘀的桃仁、红花、川芎、赤芍，通窍的麝香、老葱，和胃的姜枣组成，专治头痛面青、昏晕耳鸣，以及妇女

的干血痨、小儿的疳积证等。

这几首逐瘀汤均以“桃红四物汤”为基础方，再据瘀阻部位的不同加减变化。其组方时遵循3条原则：①“气行则血行”，常佐行气药，温通药；②“瘀阻多致痛”，常佐止痛药；③“逐瘀防伤正”，常佐和血药。这些行之有效的经验值得后人效仿。

在临床应用中，**注意三要：①重视止痛**，瘀阻必痛。有些止痛药如蒲黄、五灵脂、乳没等常常伤胃，应选川楝子、元胡、白芍、香附、乌药、木香、三七等；②**消癥**，瘀阻常致癥瘕积块，消癥药可选丹参、鳖甲、山慈姑、郁金、白花蛇舌草、泽兰、生牡蛎等；③**引经**，上行下达，尤其重用川牛膝，入脏达腑，应用脏腑引经药，尤其引入肝经，如川楝子、薄荷、栀子等。

17. 保和丸消食主方

保和丸出自元·朱震亨的《丹溪心法》。消食用生山楂15g（肉积），神曲15g（谷积），莱菔子10g（面积）。祛湿和胃（食积生湿）用二陈汤（陈皮10g、法半夏10g、云苓15g）。清热散结（食积生热）用连翘10g。全方消食和胃，主治食积停滞，脘腹痞满作痛，嗳腐吞酸，呕恶厌食，苔腻脉滑。因其性平和，功效和胃消食，故有“保和”之名。

凡见食积，临床必用“保和丸”为主方。如食积生湿重者，可合“平胃散”，用炒苍术10g、厚朴10g。如化热甚者，可加公英10g、制大黄10g。如痰食互阻，可合“温胆汤”，用竹茹10g、枳壳10g。如大便秘结可加全瓜蒌30g、桃仁10g、大腹皮10g。如食积而见脾虚则加炒白术10g，《丹溪心法》名为“大安丸”。

18. 三仁汤利湿主方

清·吴鞠通著《温病条辨》，针对湿温初起、湿重于热证，组方“三仁汤”。原方由杏仁5钱，白蔻仁2钱，生苡仁、飞滑石各6钱，白通草、竹叶、厚朴各2钱，半夏5钱共8味组成。证见头痛恶寒，身重且痛，中满不饥，午后身热，舌白不渴，脉弦细濡。吴氏曾有告诫乃三：其一，不可见“头痛恶寒”而“汗伤心阳”；其二，不可见“中满不饥”而“误下伤阴”；其三，不可见“午后身热”而“滋阴恋湿”。其治当“宣畅气机，清利湿热”，方以杏仁轻开上焦肺气，白蔻仁行气化湿，生苡仁淡渗利湿，加以半夏、厚朴的散满除湿，滑石、通草、竹叶的渗利湿热，成为宣上、畅中、渗下之剂，清热利湿的效方。

“三仁汤”可以作为利湿主方。三焦者，六腑之一，为孤腑。《素问·灵兰秘典论》曰：“三焦者，决渎之官，水道出焉。”湿邪系水液代谢输布异常而产生的病邪，湿邪之祛离不开三焦之功能。**三仁汤宣上、畅中、渗下之力，正合上、中、下三焦也**，故作为利湿主方名副其实。临床可以加减：甜杏仁10g、白蔻仁10g、生苡仁15g为主药，佐以三助：助宣者桔梗5g，助畅者石菖蒲10g，助渗者车前草30g。利湿者还可加泽泻10g，清热者还可加青蒿15g后下，清暑者加荷叶包六一散30g、藿香10g、薄荷10g，暑天有鲜者更佳，用量3

倍后下即可。

19. 五苓散退肿主方

五苓散系《伤寒论》化气利水之名方。仲景组此方,主要用于太阳表邪未解,内传膀胱,下焦蓄水而见头痛发热,渴欲饮水,水入则吐,小便不利,苔白脉浮。原方由猪苓9g、泽泻15g、白术9g、茯苓9g、桂枝6g共5味组成,制成散剂,每服6g,日3服,多饮暖水,汗出而愈(71条、72条、73条、74条)。

五苓散组方十分严谨,重用泽泻渗湿利水为君药。茯、猪二苓淡渗以辅蠲饮之力为臣药。白术健脾,助运水湿为佐药。桂枝温化膀胱之气,为使药,合为利水渗湿,温阳化气之剂。临床可以作为退肿主方,而且可以扩大用于水湿、痰饮内停的胃肠病、心血管病、肾脏病等。五苓散的实际用量可以调整为泽泻15g、茯苓、猪苓、白术各10g、桂枝5～10g。应用时还可加味,如兼食积,可合平胃散,《丹溪心法》名为"胃苓散";如湿热黄疸可加茵陈15g后下,《金匮要略》名为"茵陈五苓散"。为增退肿之力,可选加宣肺的桔梗10g、蝉衣5g、桑白皮10g,配以"开鬼门,洁净腑",可选加畅中的大腹皮10g、木香10g、陈皮15g、赤小豆30g,可选加渗下的车前草30g、泽兰10g、冬瓜皮10g、白花蛇舌草30g、生苡仁10g、石韦10g。

20. 萆薢分清饮除淋主方

"萆薢分清饮"出于二处:一是朱震亨的《丹溪心法》,由益智仁9g、川萆薢12g、石菖蒲9g、乌药9g组成,温肾利湿,分清化浊,专治膏淋、白浊;一是清·程国彭撰《医学心悟》,由川萆薢、石菖蒲、黄柏、白术、茯苓、莲子心、丹参、车前子组成,功专清热利湿,用于膏淋、白浊属湿热下注者。

临床应用萆薢分清饮通治淋证,应以《医学心悟》为准,其组方用量应为萆薢15g、炒苍术10g、黄柏10g、茯苓10g、丹参30g、车前草30g、石菖蒲10g。为增清热之力,宜选加公英10g、连翘10g、野菊花10g,为增利湿之力,宜选加生苡仁10g、白花蛇舌草30g、泽泻10g、冬瓜仁10g。临床还可视"五淋"加味:石淋选加金钱草30g、海金沙30g包、琥珀粉3g冲、泽兰10g、王不留行10g;气淋选加炒橘核15g、川楝子10g、乌药10g、荔枝核15g;膏淋选加土茯苓15g、萹蓄15g、苦参10g、知母10g、肉桂3g、川牛膝15g;劳淋选加仙鹤草10g、益智仁10g、甘草梢10g、生芪10g、石韦10g;血淋选加白花蛇舌草30g、丹皮10g、生栀子10g、瞿麦10g、女贞子10g、旱莲草10g。

21. 金铃子散镇痛主方

宋·王怀隐等编《太平圣惠方》,组成"金铃子散",仅金铃子、元胡各1两,两味为末,

每服 3 钱。方以金铃子疏肝泄热,行气止痛,辅佐元胡活血行气,增其止痛之力,主治肝郁化火的诸般痛证,如胸脘胁腹疼痛,痛经疝痛,舌红苔黄,脉弦或数。

临床川楝子、元胡各投 10g,系镇痛主方,尤其用于实痛有效。应用时要作加味,如头痛加川芎 10g、天麻 10g,项痛加葛根 10g、白菊花 10g,胸痛加全瓜蒌 30g、苏木 10g,脘痛加木香 10g、厚朴 10g,腹痛加大腹皮 10g、鸡血藤 10g,胁痛加柴胡 10g、枳壳 10g,痛经加香附 10g、丹参 30g,疝痛加炒橘核 10g、荔枝核 15g。热痛加生栀子、赤芍、丹皮各 10g,寒痛加乌药、桂枝各 10g。因川楝子、元胡药性平和,虚痛时也可用之,惟应加生芪 15g、当归 10g、白芍 10g 扶正为宜。总之,痛证镇痛,金铃子散首当其冲。

22. 越鞠丸解郁主方

元代滋阴派名医朱震亨提倡"六郁"说,其《丹溪心法》中针对"六郁"组建"越鞠丸"。气郁用香附,血郁用川芎,痰湿郁用苍术,火郁用栀子,食郁用神曲,五味等分为丸,每服 6g,通治郁证。

越鞠丸又名"芎术丸",方中无祛痰之品,因痰由脾湿所生,与气、火、食郁有关,诸郁解除,痰郁亦消。临床应用时宜香附 10g、川芎 10g、炒苍术 10g、生栀子 10g、神曲 15g,再根据诸郁加味:气郁偏重,胸脘痞闷胀痛,情志不舒,苔黄脉弦,可选加柴胡 10g、枳壳 10g、木香 10g、郁金 10g、川楝子 10g、玄胡 10g;血郁偏重,胸胁疼甚,并有定处,质紫脉涩,可选加丹参 30g、赤芍 10g、桃仁 10g、红花 10g、苏木 10g;痰郁偏重,头重胸满,口黏纳呆,苔腻脉滑,可选加全瓜蒌 30g、薤白 10g、莱菔子 15g、竹茹 10g;火郁偏重,口苦且渴,心烦不宁,嘈杂吞酸,苔黄脉数,可选加黄芩 10g、知母 10g、黄连 10g、芦根 10g、竹叶 5g、连翘 10g;湿郁偏重,脘腹胀满,纳谷不香,神疲肢困,苔腻脉濡,可选加泽泻 10g、生苡仁 10g、云苓 15g、陈皮 15g、石菖蒲 10g、法半夏 10g;食郁偏重,脘胀纳呆,嗳腐食臭,呕吐嗳气,苔厚脉实,可选加谷麦芽各 15g、生鸡内金 30g、大腹皮 10g。如见寒凝郁滞者,减栀子用量为 5g,选加温通的桂枝 10g、干姜 10g、川椒 1g、乌药 10g、吴茱萸 10g;如因虚致郁者,川芎换当归 10g,选加健脾的生芪 10g、炒白术 10g、党参 10g、扁豆 10g、山药 10g。总之,郁证临床多见,"六郁"中以气郁为主,理气是解郁大法,但要顾及血、痰、湿、火、食、虚诸因,"越鞠丸"的组方是谓示范,可以列作解郁主方。

23. 酸枣仁汤安眠主方

"酸枣仁汤"由张仲景组方,在《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》中,以酸枣仁 18g、甘草 3g、知母 6g、茯苓 6g、川芎 3g 共五味组成,主治"虚劳虚烦不得眠"。此处虚劳者,乃肝阴不足,虚烦者乃阴虚内热,故以酸枣仁养肝血宁心神为主药。辅以川芎,养中有行,酸收辛散伍用,相反相成,增其养血安神之力。茯苓既健脾补气,气为血母,利于枣仁之养血,又宁心安神,利于枣仁之宁神,为重要的辅佐药。用知母清虚热,甘草调诸

药，形成养血安神，清热除烦之剂。

临床失眠以虚证为多，尤其责之于心肝，肝血不足，虚火上扰，心神不宁为重要病机，故失眠之外还见心悸眩晕，心烦咽干，口燥盗汗，苔少舌红，脉象细数等证。其组方宜用炒枣仁 15g、知母 10g、云苓 15g、川芎 10g。柔肝除烦可选加生地 10g、当归 10g、白芍 10g、女贞子 10g、旱莲草 10g、生栀子 10g；宁神镇悸可选加生龙骨 30g、生牡蛎 30g、灵磁石 30g、柏子仁 10g、炙远志 10g；清热除晕可选加草决明 30g、白菊花 10g、川牛膝 15g、蝉衣 5g、葛根 10g，为增安眠之力，均可加入夜交藤 30g。酸枣仁汤系虚证失眠的主方，如属实证，痰瘀互结，上蒙清窍者，加入石菖蒲 10g、郁金 10g、法半夏 10g、丹参 30g、莱菔子 10g、赤芍 10g，亦能奏效，乃攻补兼施之法。

24. 增液汤养阴主方

“增液汤”出自清·吴鞠通著《温病条辨》，由玄参 30g，麦冬、生地各 24g 三味组成。本方重用玄参养阴生津，清热润燥为主药，辅以麦冬的养阴润燥，生地的养阴清热，共成增液清热，润燥通便之剂，主治阴津不足，便秘口渴，舌质干红，脉象细数之证。

临床可以将增液汤视作养阴主方。玄参 15g、麦冬、生地各 10g，再按阴亏部位加味投之：心阴不足选加炒枣仁 15g、柏子仁 10g、云苓 15g；肝阴不足选加当归 10g、白芍 10g、枸杞子 10g；脾阴不足选加黄精 10g、芦根 10g、石斛 10g；肺阴不足选加沙参 10g、紫菀 10g、百合 10g；肾阴不足选加女贞子、旱莲草 10g、首乌 10g。如阴虚而有内热者可用清降之品，如知母 10g、黄柏 10g、银柴胡 10g、桑白皮 10g、地骨皮 10g。如虚火上炎可用交通心肾法，用黄连 10g、肉桂 3g。大便秘结难下者，还可加大“增液行舟”之力，如选加白菊花 10g、当归 10g、首乌 10g、草决明 30g、桃仁 10g、全瓜蒌 30g。

25. 荆防败毒散替代麻黄汤辛温解表

外感风寒表实证其治大法系辛温解表，古训用张仲景在《伤寒论》中所组的“麻黄汤”，由麻黄、桂枝、杏仁、甘草四味组成。本方为发汗峻剂。仲景告诫：“疮家”、“淋家”、“衄家”、“亡血家”均当禁用，也不可误投于表寒虚证和风热表证，汗之过度，首伤心阳，误治之害，更为昭然。加之近代研究发现麻黄有提升血压、抑制心脏、加重心衰的作用，故高血压、心功能差者，纵有表寒实证也不宜投以麻黄。凡此，麻黄汤辛温解表有利也有弊，故提倡以“荆防败毒散”代之。

“荆防败毒散”出自明·张时彻所撰《摄生众妙方》。其据宋·钱乙撰《小儿药证直诀》的“人参败毒散”，去人参、薄荷、生姜，加荆芥、防风而成，共 11 味药，即荆芥、防风、柴胡、前胡、川芎、枳壳、羌活、独活、茯苓、桔梗及甘草。荆防解表散风为主药，辅以柴胡、前胡，宣解表邪，川芎行血祛风，桔梗、枳壳宣肺祛痰，茯苓、甘草健脾化痰，羌活、独活散风祛湿，共为辛温解表，散风祛湿之剂，主治外感风寒湿邪的表证。

荆防败毒散同样具有辛温解表之效，但其发汗力较麻黄汤轻，且无麻黄之副作用。方中配以前胡、桔梗、柴胡宣肺化痰之品，更可取代麻黄的散表止咳功能，适合于风寒表证的咳痰之证。川芎行血祛风，利于风寒之表散。如见肢体痠楚，头重项强之表湿证，加入羌活、独活散风祛湿则更为适宜。临床如见风寒表实证，恶寒重，发热轻，头痛节楚，咳痰清稀，鼻塞流涕，舌苔薄白，脉象浮紧者，投以荆防败毒散有效。其用量为：荆芥穗 10g、防风 10g、川芎 10g、柴胡 5g、前胡 10g、桔梗 10g、枳壳 5g、云苓 10g。如见挟湿而头重项强，舌苔薄腻则可选加羌、独活各 10g，生苡仁 10g、车前草 30g。

26. 辛凉解表仍沿用银翘桑菊

“银翘散”和“桑菊饮”均出自《温病条辨》，至今仍是辛凉解表的代表方。前者以银花、连翘轻宣透表、清解热毒为君药；荆芥、豆豉、薄荷辛散表邪，透热外解，是谓臣药；竹叶、芦根清热生津，牛蒡、桔梗宣肺利咽为佐药；生甘草调和为使药，合成疏散风热，清解热毒之功，主治发热恶风，咳痰稠黏，咽痛口渴，苔薄黄，舌质红，脉浮数的风热表证。以清热解毒为重。后者以桑叶、菊花疏散风热，清肺止咳为君药；薄荷清热散风，杏仁、桔梗宣肺止咳为臣药；连翘清热透表，芦根清热生津为佐药；生甘草调和为使药。合成疏散风热，清肺止咳之功，主治身热咳嗽，痰黏不爽，舌苔薄黄，脉象浮数的风热表证。以清肺止咳为重。

临床应用：银花 10g、连翘 10g、桑白皮 10g、菊花 10g、芦根 15g、薄荷 10g后下为基础方。宜佐透窍的桔梗 5g，祛邪的车前草 30g，然后辨证加味：发热明显选加荆芥穗 10g、竹叶 5g、桑叶 10g；咳痰不爽选加全瓜蒌 30g、浙贝 10g、冬瓜仁 10g、黄芩 10g；咽痛且渴选加板蓝根 15g、牛蒡子 10g、野菊花 10g、马勃 1g；头痛目糊选加川芎 5g、草决明 30g、葛根 10g；虚人风热可加 1 味生芪 10g 或党参 10g；痈肿疮疡初起风热选加公英 10g、紫花地丁 10g、野菊花 10g、生苡仁 10g、生栀子 10g、白花蛇舌草 30g。此方临床用于流感、急性扁桃体炎、急性支气管炎、肺炎初期、麻疹初起、疮疡初发、流行性结膜炎、流行性腮腺炎、乙型脑炎等见风热表证，邪在卫分者有效。

27. 抗链丸消咽喉炎

咽喉炎常由乙型溶血性链球菌感染所致，控制不好可引发免疫性疾患，特别是肾炎。

中医将咽喉炎归入“喉痹”范围，始载于《内经》，《素问·阴阳别论》曰：“一阴一阳结，谓之喉痹。”其病有急慢性之分，其证有虚实之辨：急性者有风热、风寒和肺胃热毒；慢性者有阴虚、气虚和阳虚。惟喉痹多见之因乃风热上壅和虚火上炎。其治以清降为要。

自拟“抗链丸”由银花 10g、连翘 10g、生甘草 5g、板蓝根 15g、桔梗 5g、玄参 10g 六味组成，临床辨证加味，对急慢性咽喉炎均有效。风热者选加菊花 10g、薄荷 10g后下、桑白

皮 10g;风寒者选加苏梗 10g、桂枝 5g、防风 5g;肺胃热毒选加生石膏 30g、知母 10g、生苡仁 10g;阴虚者选加麦冬 10g、北沙参 10g、女贞子 10g;气虚者选加生芪 10g、黄精 10g、仙鹤草 10g;阳虚者选加蛇床子 10g、补骨脂 10g、菟丝子 10g。

临床还应据症加味:咽痛红肿选加马勃 1g、露蜂房 10g、僵蚕 10g、蝉衣 5g、山豆根 10g;咽痒发堵选加橘红 10g、苏梗 10g、百部 10g、葶苈子 10g;咽干欲饮选加百合 15g、芦根 15g、生地 10g、知母 10g、野菊花 10g;音哑选加胖大海 10g、玉蝴蝶 1g、射干 4g、金果榄 10g、白菊花 5g。

28. 急症投"三宝"

"三宝"指古方急救药:"安宫牛黄丸"、"紫雪丹"和"至宝丹"。

温邪热毒内陷心包或感染秽恶瘴气,高热昏厥,神昏谵语,苔黄垢焦竭,舌质红绛不润,脉滑数有力,称作热闭实证,急宜清热解毒,开窍醒神,最宜投"三宝"。

清《温病条辨》组"安宫牛黄丸",牛黄、郁金、犀角(水牛角倍量代)、黄芩、黄连、栀子、雄黄、朱砂各 30g,冰片、麝香各 7.5g,珍珠 15g,炼蜜为丸,丸重 3g,金箔为衣(现已不用)。方中牛黄清心豁痰,犀角凉血解毒,麝香开窍醒神共为君药。黄芩、连翘、栀子清热解毒,雄黄豁痰解毒共为臣药。郁金、冰片通窍去秽,朱砂、珍珠镇心宁神共为佐使药。合成清热解毒,豁痰开窍之剂。

"紫雪丹"组自宋《太平惠民和剂局方》。石膏、寒水石、磁石、滑石各 1500g,犀角(水牛角倍量代)、羚羊角粉、青木香、沉香、玄参、升麻各 500g,炒甘草 240g,芒硝 5000g,硝石 930g,麝香 30g,朱砂 90g,丁香 30g(原方还有黄金 3000g,现已不用)制成散剂,每服 0.9~1.5g。方中石膏、滑石、寒水石清心,羚羊角粉熄风,犀角清心,麝香开窍,共为主药。玄参、升麻、甘草清热解毒,朱砂、磁石重镇安神,青木香、丁香、沉香行气宣通,朴硝、硝石泄热散结共为辅药。合成清热解毒,镇痉开窍之剂。

《太平惠民和剂局方》还组"至宝丹"。犀角(水牛角倍量代)、玳瑁、琥珀、朱砂、雄黄各 30g,龙脑、麝香各 0.3g,牛黄 15g、安息香 4.5g(原方还有金银箔,现已不用)研末制丸,丸重 3g。方中麝香、冰片、安息香辟秽化浊,豁痰开窍为君药。犀角、牛黄、玳瑁清热解毒,雄黄祛痰解毒共为臣药。朱砂、琥珀镇痉宁神共为佐使药。合成清热解毒,化浊开窍之剂。

"三宝"均为凉开剂,只投于热闭实证,不可误投于脱证和表证。剂型均为丸药、散剂,宜冲服,不宜煎煮。凉开剂只应救治,不可久服,中病即止。

"三宝"均可清热解毒,镇痉宁神,辟秽开窍,均开热闭实证,各功有所长,不可不辨:**安宫牛黄丸药性最凉,清心解毒之力最宏**,凡痰热内闭,高热昏厥,烦扰谵语,惊厥质绛时多用,目前有改进制剂如"清开灵"、"安脑丸"可以代用;**紫雪散又名"紫雪",偏重于镇痉**,凡邪热内陷心包,身热烦狂,神昏抽搐,痉厥反张,苔竭脉数时多用,市售"新雪丹"可以代用;**至宝丹偏重于辟浊**,凡痰秽内闭昏厥惊痫,中风、中暑、中恶,苔垢脉滑时多用。

29. 阳和汤宁心悸

清·王维德撰《外科证治全生集》组建“阳和汤”，系治疗“阴证疮疡”的名方。由熟地、肉桂、麻黄、鹿角胶、白芥子、僵蚕、生甘草7味组成，温阳散寒，和血通滞，主治一切阴疽、流注。

心悸有快慢之分，**缓慢型心律失常之悸常常责之于心阳不振，温煦失养，治当温阳立法，正合阳和汤方意**，故临床阳和汤止缓慢型心律失常有效。方以鹿角霜15g、桂枝10g为君药，温阳散寒；生地10g、炙麻黄5g，既和血养心，又振奋心阳为臣药；炮姜温中散寒为佐使药。合成温阳散寒，养心宁悸之功，可治心悸胸闷，气短乏力，手足不温，苔白质淡，脉象沉细或见结代之证。

阳和汤宁心悸宜作加味：心动悸甚选加川芎10g、石韦10g、生龙骨30g、生牡蛎30g、羌活10g。形寒肢凉选加仙灵脾10g、菟丝子10g、蛇床子10g。胸闷不舒选加全瓜蒌30g、薤白10g、乌药10g。气短乏力选加生芪10g、仙鹤草10g、扁豆衣5g。腰痠膝软选加生杜仲10g、槲寄生10g、川断15g。

30. 补心丹提心率

“补心丹”又名“天王补心丹”，出自明·洪九有参订的《摄生秘剖》。原方组成：生地120g、五味子、归身、天冬、麦冬、柏子仁、酸枣仁各30g，人参、玄参、丹参、茯苓、远志、桔梗各15g，炼蜜为小丸，朱砂为衣，每服9g，滋阴养血，安神宁悸。

心率缓慢常因心肾不足，阴亏血少，心失所养而致。补心丹方意正好切中病机，故用来提高心率有效。方以增液汤加天冬为主药，生地15g，天冬、麦冬、玄参各10g，此为养阴主方，天冬、麦冬合用尤滋心肾之阴。党参、云苓各10g健脾宁神，丹参30g、当归10g补血养心共为臣药。炒枣仁10g、柏子仁10g、炙远志10g、五味子10g，宁心安神共为佐药。桔梗载药上行为使药。合成补益心肾，安神宁悸之剂。

补心丹提心率还宜加味：加桂枝10g引入心经，知母10g引入肾经且能清降虚火；补心气选加生芪10g、仙鹤草10g；养心血选加黄精10g、首乌10g、桑椹10g、大枣5枚；滋肾阴选加枸杞子10g、女贞子10g、旱莲草10g；阳中求阴选加蛇床子10g、仙灵脾5g、生杜仲10g、槲寄生10g。

31. 宁悸方镇惊悸

“惊悸”病名始载于《金匮要略》，其书专有《惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》篇。一般指由惊致悸而言，临床多见以虚证为主，主要责之于血不养心，神失所舍。镇惊悸之要在于补养心血方能安宁心神。

自拟**"宁悸方"**,以当归养血为君药用15g;辅以"气为血帅"的西洋参5g,"阴虚火旺"的黄连10g、肉桂3g为臣药;"心肾同源"的槲寄生15g,"养中有行"的三七粉10g为佐药;"养心宁神"的琥珀粉30g、云苓15g为使药。共为细末,装入1号胶囊(0.3g),每服5粒,每天2次。如值惊悸发作可即服5粒。

槲寄生与桑寄生为同科植物,均能补肝肾,强筋骨,但槲寄生富含黄酮类,对心血管药理作用更明显:增加冠脉流量,减慢心率,增加心肌收缩力,降低缺血心肌耗氧量和AMP含量而保护缺血心肌,具有抗心律失常和降压所用,改善微循环障碍,抗血小板积聚而抑制血栓形成,抗脂质过氧化作用而利于血管内皮细胞的修复。

32. 心衰效方葶苈大枣泻肺汤

《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》篇组"葶苈大枣泻肺汤",由葶苈子9g、大枣12枚2味组成,泻肺行水,祛痰平喘,主治肺痈胸水,尿少水肿,痰多喘咳,苔薄黄腻,脉象滑数的痰水壅肺证。

葶苈子性寒味辛,其功为泻肺祛痰,降气平喘,利水消肿。其成分所含"黑芥子苷"、"毒毛花苷元"均有明显的强心作用,加之其祛痰利水之功,十分适宜于心衰的喘息水肿诸症,可以视作心衰胸水的效药。生用葶苈子有致泻作用,宜炒用10g,为防其峻烈之性泻肺太甚,配甘温的大枣10枚,以缓和之并护养胃气。临床还宜加味:为增强心之力选加生芪10g、炒白术10g;增强利水之力选加泽泻10g、泽兰10g、车前草30g、冬瓜仁10g;增强祛痰之力选加全瓜蒌30g、莱菔子10g、竹茹10g;增强平喘之力,选加紫菀10g、桑白皮10g、白菊花10g、桔梗10g、杏仁10g;增强清肺之力,选加鱼腥草15g、黄芩10g、浙贝10g。

33. 三参饮治心肝病

自拟**"三参饮"**由党参10g、丹参30g、苦参10g三味组成。

党参富含糖类和多种氨基酸等,药理证实它有增强机体免疫功能和应激能力,延缓衰老、强心、保护缺血心肌以及保肝等功效,是中医健脾补气的主药。

丹参富含丹参酮和内酯等,药理证实它对心血管有钙拮抗作用,增加冠脉流量,保护心肌缺血,缩小心梗面积,降低心肌耗氧量,降血压,降血脂和抗动脉粥样硬化,抗凝血,增强心脑组织的能量代谢,还能保护肝损伤,促进肝细胞再生,抗肝纤维化等,是中医活血养血的主药。

苦参富含生物碱、黄酮类等,药理证实它对心脏有正性肌力作用,抗心律失常作用,保护心肌缺血,明显扩张血管而降血压等,是中医清热燥湿的奇药。

某些心血管病如常见的冠心病(包括心绞痛、心律失常、心力衰竭、心肌梗死),原发性高血压,风心病,肺心病。某些肝脏病如常见的肝炎、肝硬化等。凡久治难愈者,均可

试投“三参饮”。根据古训:“久病属虚”,以党参补虚,“久病入络”,以丹参活络,“余邪未清”,以苦参清热,十分符合理法方药。惟苦参易苦寒伤胃,用量控制在 10g 以内无妨,防其苦寒还可选伍和胃的神曲 15g、木香 10g、生鸡内金 30g、砂仁 10g、陈皮 15g 之类。

三参饮试治心肝病还宜重视辨证加味:心病选加生芪 15g、当归 10g、仙鹤草 10g、麦冬 10g、黄精 10g、全瓜蒌 30g、薤白 10g、川芎 10g、赤芍 10g、丹皮 10g、苏木 10g、葛根 10g、三七粉 3g冲。肝病选加醋鳖甲 15g、板蓝根 30g、金钱草 15g、川楝子 10g、玄胡 10g、木香 10g、郁金 10g、神曲 15g、生鸡内金 30g、连翘 10g、当归 10g。

34. 瓜蒌薤白白酒汤的应用区分

《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》篇曰:“阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也。今阳虚知在上焦,所以胸痹、心痛者,以其阴弦故也。”

张仲景分析:由于胸阳不足,阴邪(主要是痰浊、水饮)上乘,相互搏结而成胸痹心痛。针对此病共建“瓜蒌薤白白酒汤”、“瓜蒌薤白半夏汤”、“枳实薤白桂枝汤”、“人参汤”、“茯苓杏仁甘草汤”、“橘枳姜汤”、“薏苡附子散”、“桂枝生姜枳实汤”及“乌头赤石脂丸”9 首。

胸痹病主症为胸背痛,短气,喘息咳唾,苔薄白腻,脉沉弦滑。其治以“宣痹通阳”为大法,故以瓜蒌薤白白酒汤为主方。全瓜蒌 30g,宣痹宽胸,化痰散结为君药。薤白 10g 辛温通阳,豁痰下气为臣药。白酒半两通阳止痛,轻扬药势为佐使。现代药理明确薤白对心血管病的效应成分大蒜氨酸、挥发精油等只溶于酒而不溶于水,可见张仲景用薤白加酒治胸痹的科学性。

痰结胸中,痹阻胸阳更甚者,“心痛彻背”、“不得卧”,则加法半夏 10g,增强祛痰逐饮之力,便成“瓜蒌薤白半夏汤”。胸痹延及胃脘,“心中痞气”,“胁下逆抢心”,宜胸胃同治,既以瓜蒌薤白宣胸痹,又加厚朴、枳实各 10g(现用枳壳)调理胃气,再入温通的桂枝 10g,便成“枳实薤白桂枝汤”。

胸痹,“胸中气塞,短气”,偏于水饮的用“茯苓杏仁甘草汤”(茯苓、杏仁各 10g、甘草 3g);偏于气滞的用“橘枳姜汤”(原用陈皮 15g、枳壳 10g、生姜 10g);偏于寒湿急性作痛者用“薏苡附子散”(现用制附片 30g 先煎 1 小时、生苡仁 15g)。寒饮内停“心中痞”,上逆而“心悬痛”用“桂枝生姜枳实汤”,温化寒饮,降逆止痛(现用桂枝 10g、生姜 5g、枳壳 10g);阴寒痼结,“心痛彻背,背痛彻心”用“乌头赤石脂丸”温化逐饮,温通止痛(原用制附片 3g、制乌头 3g、蜀椒 1g、干姜 6g、赤石脂 10g)。

胸痹,脾阳亦虚,倦怠少气,纳差肢凉,腹痛便溏,苔白质淡,脉象细弱。宜补中助阳,振奋阳气,可用“人参汤”(现用人参 3g另煎兑服、炒白术 10g、干姜 10g、炙甘草 3g),本方又名“理中丸”,为温中主方。在《伤寒论》中倍甘草,加桂枝,名为“桂枝人参汤”,主治中焦虚寒而兼外感表寒证(168 条)。

后世对“人参汤”加以发挥,加味组方,扩大了主治范围。如宋《太平惠民和剂局方》

加附子，名“附子理中丸”，主治脾肾阳虚证；加枳实、茯苓，名“枳实理中丸”，主治脾虚痞满，痰饮腹痛；宋·陈言著《三因极一病证方论》加附子、肉桂，名“附桂理中丸”，回阳散寒之力更大，主治脾肾阳虚证；明·王纶撰《明医杂著》加半夏、茯苓，名“理中化痰丸”，主治脾胃阳虚，痰饮内停证；明·秦景明撰《症因脉治》，加黄连，名“连理汤”，主治脾胃虚寒，呕吐泛酸证；明·龚廷贤撰《万病回春》，去甘草，加蜀椒、乌梅、茯苓，名“理中安蛔汤”，主治脾胃虚寒，蛔虫腹痛证。

35. 珍决汤降血压

自组**“珍决汤”**由珍珠母 30g、白菊花 10g、草决明 30g 三味组成。主治肝阳亢盛之高血压。

珍珠母为珍珠贝的贝壳，含 92% 以上的碳酸钙，5% 的硬蛋白，性寒味甘，功专平肝潜阳，清肝明目。**白菊花**含挥发油和氨基酸，现代药理证实其可扩张冠状动脉而明显增加冠脉流量，扩张周围血管而降血压，功专疏风清热，平肝明目。**草决明**又称决明子，含蒽醌类，现代药理证实其有降血脂，降血压作用，特别能降舒张压，功专滋水涵木、清肝明目、润肠通便。

“珍决汤”降血压适于肝火、肝阳证类，证见眩晕目糊，胁满易怒，郁闷不舒，甚则肢麻耳鸣，苔黄质红，脉弦或数。

临床应用还应加味：草决明有润肠通便作用，如见便溏者，一则用量减为 15g，二则选加葛根 10g、炒白术 10g；清肝可选加夏枯草 15g、薄荷 10g、生栀子 10g、地龙 10g、羚羊角粉 0.6g冲；平肝可选加钩藤 15g后下、生石决明 30g、灵磁石 10g、生龙骨 30g、天麻 10g；疏肝可选加柴胡 10g、香附 10g、川楝子 10g、炒橘核 10g、沉香粉 3g冲；滋水可选加枸杞子 10g、女贞子 10g、生杜仲 10g、桑寄生 10g、川牛膝 15g。

36. 大雄丸止头痛

大雄丸由川芎、天麻 2 味组成。在《苏沈良方》（宋·沈括撰《良方》，苏轼撰《苏学士方》，后经不明姓氏人合编而成）中名为“芎麻饮”，在明·朱橚等编《普济方》中名为“天麻丸”。

川芎辛温善窜，活血行气，祛风止痛良药且有镇静安神作用。天麻善于平肝潜阳，熄风止痉，为熄风要药，且能祛风湿痹痛。两药相配，可祛内外之风邪，平上亢之肝阳，调畅气血而止头痛，尤其可除偏头痛（血管神经性头痛）。

临床应用要注意川芎用量。川芎可以扩张脑血管，特别是痉挛状态时，但用量过大，超过 10g，脑血管扩张过度反致头痛加重，不得不防。天麻价贵，可用天麻粉 3g 冲服。为提高止头痛之效还可加川楝子 10g、元胡 10g。其痛难忍，可用羚羊角粉 0.3g 冲服。增强平肝潜阳之力，可选加夏枯草 15g、生石决明 30g、草决明 30g、白菊花 10g、僵蚕

10g、钩藤 15g，还可加导血下行的川牛膝 15g。肝阳甚者常常化火，故选加清肝的生栀子 10g、薄荷 10g、桑叶 10g、蝉衣 5g、丹皮 10g、赤芍 10g，有利于镇痛之效。

37. 开窍散熄耳鸣

《灵枢·决气》曰："精脱者耳聋"，"液脱者耳数鸣。"《灵枢·海论》又曰："髓海不足，则脑转耳鸣。"耳鸣，尤其是神经性耳鸣，常系阴液亏于下，虚火上炎的本虚标实证。其治应守攻补兼施治则，即既要滋阴又应降火，既要清肝又应潜阳，既要通窍又应宁神。为此自拟"开窍散"治之。

"开窍散"由阿胶珠 15g、石菖蒲 10g、知母 10g、柴胡 10g、蝉衣 5g 五味组成。

阿胶珠系用阿胶丁按宋·政和年间政府编撰的《圣济总录》和清·汪昂撰的《本草备要》，前者用蛤壳粉，后者用蒲黄同炒鼓泡而成。除有阿胶的滋阴补血，润肺止血之功外，还增强化痰止血之力，在开窍散中用其滋补肺肾之阴为君药，成珠者便于煎服，不必烊化。石菖蒲入心经，为开窍宁神之良药，又可芳香化湿，和胃消食。知母入肾经，滋阴降火良药，又可润肺清胃，共为臣药。柴胡疏解肝郁，升举阳气，既清肝又上达病所。蝉衣疏散风热，增柴胡清肝之力，共为佐使药。全方滋阴潜降，开窍宁神，可熄耳鸣。

临床加味：滋阴选加女贞子 10g、旱莲草 10g、生地 10g。潜降选加珍珠母 30g、草决明 30g、白菊花 10g。开窍选加桔梗 5g、枳壳 10g。宁神选加炒枣仁 10g、夜交藤 30g。再佐以升清降浊的川芎 5g 和川牛膝 15g，其效更佳。

38. 醒脑克栓丸治疗脑病

缺血性脑病以痉挛栓塞为主要病理。由于缺血可以并发脑卒中、脑萎缩、脑痴呆等，为缓解痉挛排通栓塞，以活血祛痰立法，组成"醒脑克栓丸"。

"醒脑克栓丸"由水蛭 10g、川芎 5g、赤芍 10g、莱菔子 10g、石菖蒲 10g、郁金 10g 六味组成。活血醒神，豁痰透窍，主治脑病而见头重且疼，胸闷口黏，苔薄黄腻，质见紫斑，脉涩有力的痰瘀互结证。

水蛭所含水蛭素，有明显的抗凝作用，破血逐瘀，抗血栓为主药。川芎活血又行气，赤芍活血又凉血，莱菔子祛痰，三者相伍，痰瘀同治，共为辅药。菖蒲透窍，郁金行气且破瘀，现代药理发现两药同用可以调节大脑皮质功能，共为佐使药。全方重在"克栓"，有"栓"之病均可试用。

为克服水蛭煎剂其臭难咽的副作用，也考虑到"丸药缓图"，患者可以坚持长服之方便，将此方共研细末，装入 1 号胶囊(0.3g)，每次 5 粒，每天 2 次。

39. 百合固金汤退低热

"百合固金汤"收载于清·汪昂撰的《医方集解》之中。原方由生地 6g，熟地 9g，麦冬

5g,百合、炒白芍、当归、贝母、生甘草各3g,玄参、桔梗各2g组成。养阴清热,润肺祛痰,主治肺肾阴亏,虚火上炎的咳喘痰血,咽喉燥痛,五心烦热,舌红少苔,脉象细数证。

不明原因低热难退,西医称作"神经性发热",中医辨证大多属于"阴虚内热"或"中气下陷"。凡低热咽燥,渴而欲饮,腰痠膝软,五心烦热,月经不调,苔净质红,脉象细数,属阴虚内热证类者,可以试投"百合固金汤",常可奏效而退低热。

方以增液汤为基础,用生地、麦冬各10g、玄参5g,辅以当归10g、炒白芍10g养血柔肝而和阴,百合10g增其滋养肺肾之阴。佐以桔梗10g清肺利咽,合为滋阴清热之剂。临床应用时可作加味:滋阴涵木选加枸杞子、白菊花各10g;滋阴健脾选加黄精、白术各10g;清虚热选加青蒿15g后下、桑白皮10g、地骨皮10g、银柴胡10g、车前草30g;阴虚及阳常见气阴两虚,选加生芪10g、仙鹤草10g;阳中求阴选加生杜仲10g、桑寄生10g、川断15g;滋阴清降加知母10g;调理月经选加鸡血藤10g、香附10g、丹参30g、益母草10g。

40. 参苓白术散降血糖

"参苓白术散"出自宋《太平惠民和剂局方》,用于气虚挟湿证,治疗面黄气短,消瘦乏力,纳差便溏,苔薄白腻,脉沉细缓者。凡慢性消耗性疾患,消化功能低下均可用之。方中以四君子汤补气,山药、扁豆、生苡仁、莲肉渗湿,砂仁、陈皮补而不滞、和胃理气,桔梗载药上行。明·缪希雍撰《先醒斋医学广笔记》加山楂、麦芽、藿香、白豆蔻、芡实、黄连,加强渗湿之力,并兼清热安胎,主治脾胃虚弱而兼湿热者,名为**"资生健脾丸"**。

参苓白术散加减有确切的降糖作用。临床应用处方如下:西洋参3g另煎兑服、炒白术10g、云苓10g、生苡仁15g、山药10g,5味为基础方,再增补气的生芪15g、黄精10g,养阴的生地15g、知母10g,潜阳固涩的生龙骨30g、五倍子10g,补而不滞的木香10g、陈皮10g。如果经济条件有限,西洋参太贵,决不可以党参代之,因党参为升高血糖之品,可以太子参30g(又名童参)代之。

41. 归脾汤止自汗

宋·严用和撰《济生方》,组"归脾汤",益气养血,成为心脾两虚证的效方,用治神经衰弱、胃肠消化不良、再生障碍性贫血、紫癜、月经不调、子宫出血等而见心悸失眠,气短纳少,苔白质淡,脉象细弱者。方中健脾补气用四君子、生芪、姜枣,养血宁心用当归、枣仁、远志、龙眼肉,补而不滞用木香。

临床自汗和低热,虚证居多,常见气血不足证,"归脾汤"切中其证,稍作加减投之有效。健脾用党参10g、炒白术10g、云苓10g、生芪15g。宁心用当归10g、炒枣仁10g,补而不滞用木香10g。自汗不止可选加浮小麦15g、生龙骨30g、生牡蛎30g,低热不退可选加青蒿15g后下、银柴胡10g、地骨皮10g,心悸明显可选加柏子仁10g、琥珀粉3g冲,失眠严重可选加夜交藤30g、川芎10g、知母10g,贫血肌衄可选加三七粉3g冲、仙鹤草10g、茜

草 10g、鸡血藤 10g、石韦 10g，月经不调可选加香附 10g、柴胡 10g、鸡血藤 10g、伸筋草 10g、益母草 10g，子宫出血不止可选加赤石脂 30g、乌梅炭 10g、艾炭 10g、生牡蛎 30g、生栀子 10g。

42. 二仙汤调整内分泌紊乱

"二仙汤"出自上海的经验方，由仙茅、仙灵脾、当归、巴戟天、黄柏、知母 6 味组成。温肾阳，滋肾阴而泻虚火，调冲任。原治更年期高血压，既可明显降压，又能改善症状，实为效方。又后扩大应用于更年期综合征、更年期精神分裂症、闭经、肾炎、肾盂肾炎、神经衰弱、糖尿病以及众多慢性病属肾亏阴阳两虚，虚火上炎者。其组方十分精当，十分严谨，以仙茅、仙灵脾、巴戟温肾补精，知母、黄柏滋阴泻火，当归调理冲任。

内分泌系统是人体的一个体液调节系统，由内分泌腺及脏器中的内分泌组织所组成。在神经系统的支配和物质代谢反馈调节基础上释放激素。其主要功能是调节体内的代谢过程，以及各脏器功能、生殖衰老、生长发育等众多生理活动，以维持人体内环境的相对稳定和适应复杂多变的体内外变异。其腺体组织自上而下有多达 15 种以上，如下丘脑、脑垂体、甲状腺、甲状旁腺、胸腺、肺、心、胰岛、脾、胃肠、肾、肾上腺、卵巢、睾丸、前列腺等。**内分泌疾病可分为五类：**原发于内分泌腺或组织的疾病（如肿瘤等）；继发于非内分泌病的内分泌腺或组织功能异常（如肾衰竭的内分泌失常等）；非内分泌肿瘤引起的异源性激素综合征（如癌症引起的异源性促肾上腺皮质激素综合征等）；受体功能失常引起的内分泌病（如肾原性尿崩症等）；长期激素治疗引起的内分泌病（如泼尼松引起的垂体-肾上腺皮质功能减退症等）。

内分泌紊乱是指其功能紊乱。如见头痛且晕，五心烦热，腰痠膝软，尿频失眠，月经不调，苔黄质红，脉沉细数，属肾亏精损，阴阳失调，虚火上炎证类，无论男女，均可投以"二仙汤"试治。方用仙灵脾 10g，因仙茅温燥有小毒，故以蛇床子 10g 代之，知母 10g、黄柏 10g、当归 10g、巴戟天 10g。临证时还可加味：增加行气透窍，调整大脑皮质功能的石菖蒲 10g、郁金 10g。增加调肾阴阳的生杜仲 10g、桑寄生 10g、川断 10g。增加调理冲任的泽兰 10g、鸡血藤 10g。增加升清降浊的川芎 10g 和川牛膝 15g。增加宁心安神的炒枣仁 15g、夜交藤 30g。增加补而不滞的云苓 10g、泽泻 10g、陈皮 10g。

43. 良附丸止胃脘痛

"良附丸"由高良姜、香附等分为末，米汤入姜汁 1 匙，盐 1 撮为丸，每服 6g。出自清·谢元庆编《良方集腋》。为温中散寒，行气止痛效方。高良姜温胃散寒，专祛胃中寒凝，香附疏肝理气，专解肝郁气滞，米汤、姜汁、食盐为丸兼以和胃。主治寒凝气滞的胃脘胸胁诸痛，也可用治痛经。

"良附丸"止寒凝气滞的胃脘痛有效，辨证关键在于胃脘胀痛发凉，喜暖拒按，舌苔

薄白，脉象弦缓。一般用量两味均为10g。如寒凝甚者，高良姜用15g；气滞甚者，香附用15g，两味研末装入1号胶囊(0.3g)，痛作服5粒。通则不痛，佐入川楝子、元胡各10g，止痛效果更明显。胁痛选加木香10g、丹参30g、郁金10g、青皮10g；胸痛选加全瓜蒌30g、薤白10g、苏木10g、丹皮10g；痛经选加桂枝10g、炮姜10g、当归10g，便可汤剂服用。

44. 乌贝散消溃疡病

溃疡病包括胃或十二指肠，常以胃痛泛酸为主症。由于胃内湿润，较难愈合，故溃疡病以制酸和保护黏膜为要。制酸用乌贼骨15g、凤凰衣3g，保护黏膜用白及10g，清热解毒，消痈散结用浙贝母10g、公英10g，热性反佐，健胃止痛用甘松3g，共六味药研为细末，装入1号胶囊(0.3g)，每服5粒，每天2次，方名为"乌贝散"。

45. 蛇蜂汤治疗萎缩性胃炎

萎缩性胃炎属于慢性胃炎的一种，病理所见胃腺体萎缩，胃黏膜变薄，黏膜肌层增厚，表现为上腹疼痛，胀满不适，纳呆嗳气，疲乏腹泻，面色少华，后期可见营养不良，消瘦贫血，甚至癌变。分析病因病机不外乎虚寒、湿热、气滞、食积和瘀血。其治以调畅气机、健脾和胃为大法。

萎缩性胃炎常常寒热错杂，气血不畅，挟湿阻络，久治难愈。自拟"蛇蜂汤"调治有效。

蛇蜕又名蛇退、蛇衣。入肝祛风，解毒定惊，可用5g。蜂房又名露蜂房，系蜂窝，入肝祛风，解毒止痛，可用10g，2味共为主药。辅以活血调气而止痛的丹参30g、元胡10g，清热渗湿而排毒的生苡仁10g、云苓10g、花粉10g、公英10g，温中行气而止痛的毕澄茄5g；佐使以酸涩生津、和胃止血的乌梅10g，祛瘀生新、补阴利尿的血余炭5g，辛温祛风、解毒止痛的白芷10g。全方12味药合成温中祛风，和胃解毒，调畅气血，寒热兼施之剂。应用时对过敏体质者慎之，因蛇蜕、蜂房的异性蛋白可引发或加重过敏反应。

46. 四逆散排胆石

张仲景在《伤寒论》中针对少阴化热之"热厥证"组建"四逆散"，以柴胡、芍药疏肝清热，枳实、炙甘草运脾缓急，组成宣郁解热，疏肝理脾之剂。后世扩大范围，凡肝郁气滞，脘腹胁肋诸痛，四肢厥冷，脾运不良，泄利下重，纳谷不香，胀满呕逆，苔薄黄腻，脉弦有力属肝脾不调证类均可用之。后世的"逍遥散"、"柴胡疏肝散"等都由此发展而成。

胆结石是常见的结石病，大凡胆囊炎患者70%存有结石。平时可以没有症状，或见消化不良症，发作时右胁疼痛，甚至绞痛，消化症明显，或有发热，或见黄疸，舌苔黄腻，

脉象弦数。多责之于肝胆气滞，挟湿瘀阻。

"四逆散"中取柴胡10g、枳壳10g、炒白芍10g三味疏泄肝胆气滞为主药，辅以茵陈15g后下、金钱草30g、生苡仁10g清利湿热，赤芍10g、丹参30g活络化瘀，川楝子10g、元胡10g行气止痛，草决明30g、车前草30g分利两便，利于排石，取名**"排石四逆散"**，治疗胆囊炎、胆结石是谓效方。

47. 苇茎汤疗肺癌

"苇茎汤"出自唐·孙思邈撰《备急千金要方》，故又名"千金苇茎汤"。由苇茎加三仁(苡仁、桃仁、冬瓜仁)组成。原方清肺化痰，逐瘀排脓，专为"肺痈"所设，证见咳吐腥臭黄痰脓血，苔腻舌红，脉象滑数，责之于痰热瘀血，壅肺酿痈。

原发性肺癌中医称"息积"、"息贲"，主要因痰浊瘀毒壅积肺脏而酿成，其证正合"苇茎汤"，可投之。以芦根30g为主，清肺泄热，如以鲜芦根汁30ml兑服，效果更佳。生苡仁15g清热利湿，桃仁10g活血逐瘀，冬瓜仁10g清热祛痰，三仁共为辅药，再加鱼腥草30g清热解毒，白花蛇舌草30g解毒利湿，增其清肺排毒之功，六味药成为治疗肺癌的基本方。

肺癌有四个主症：国内统计2975例，国外统计2000例发现，咳嗽，55%～73%为首发症，病程中占90%；咳血，36%～51%为首发症，病程中占63%；胸痛，24%～49%为首发症，病程中占69%；发热，20%～26%为首发症，病程中占48%。可以应用中药辨证加味：咳嗽者，痰多选加苏子10g、莱菔子10g、葶苈子10g、牛蒡子10g、白芥子10g、杏仁10g、桔梗10g、全瓜蒌30g、海蛤壳30g、胆星10g、竹茹10g、蛇胆陈皮末3g冲服；干咳者选加北沙参15g、麦冬10g、紫菀15g、川贝15g、百合10g、百部10g、桑白皮10g、白菊花10g、炙杷叶10g。止咳均可用地龙15g、桔梗10g煎水雾化吸入。

咳血者，凉血止血选加丹皮10g、焦栀子10g、茜草10g、白茅根30g、侧柏叶10g、银花炭10g、黄芩炭10g；益气摄血选加仙鹤草10g、生芪15g、当归10g、西洋参5g另煎兑服、藕节炭10g；祛瘀生新选加丹参30g、血余炭10g、三七粉6g冲、蒲黄炭10g。均可配加"止血粉"(花蕊石、三七、白及、川贝等分研细末)，每服3g。

胸痛者，选加全瓜蒌30g、薤白10g、苏木10g、丹皮10g、赤芍10g、徐长卿10g、细辛3g、血竭粉3g冲，还可以冰片0.3g、芥末5g、血竭、细辛各3g、玄胡10g，共研细末，陈醋调敷胸部。

发热者，选加生芪15g、青蒿15g后下、竹叶10g、银柴胡10g、野菊花10g、公英10g、紫花地丁15g、生石膏30g、知母15g、生苡仁10g、藿香10g、山豆根10g。

48. 桂枝茯苓丸和子宫肌瘤

张仲景在《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》篇中设"桂枝茯苓丸"，专治"妇人宿有

癥病”。其方由桂枝、茯苓、丹皮、芍药、桃仁五味组成，蜜丸如兔屎大，每日食前服 1 丸，不效，加至 3 丸。功能活血化瘀，缓消癥块，也治瘀血经闭，瘀血痛经，瘀血崩漏，难产胞衣不下，产后瘀阻，恶露不尽等。

子宫肌瘤常由瘀血闭阻，郁久成癥所致，“桂枝茯苓丸”是效方。临床应用组方如下：桂枝 10g、茯苓 15g、赤芍 10g、丹皮 10g、桃仁 10g、红花 5g、当归 10g、丹参 30g、香附 10g、郁金 10g、鸡血藤 10g。

子宫肌瘤与内分泌紊乱有关，选加调整内分泌功能的蛇床子 10g、女贞子 10g、泽兰 10g、川断 10g、仙灵脾 5g、菟丝子 10g，再选加软坚散结的夏枯草 15g、生牡蛎 30g、山慈姑 10g、浙贝母 10g、海藻 15g，均可提高消癥疗效。“桂枝茯苓丸”有成药，其服法：经期汤剂每日二次送服成药，平时汤剂每剂煎 2 汁，分 2 个晚上服，上下午各服成药。一般需要调治 2～3 个月经周期，再复查“B 超”对照。

49. 艾附暖宫丸可种子

“艾附暖宫丸”系明·龚廷贤撰《寿世保元》方，原方由艾叶、当归各 9g，香附 18g，吴茱萸、川芎、白芍、黄芪各 6g，续断 4.5g，生地 3g，肉桂 1.5g 组成，糊丸，梧子大，饭后淡醋汤送服 50～70 丸，功能温暖子宫，调经止痛。

妇人不孕大多系宫寒所致，故暖宫可种子。艾附暖宫丸系温肾暖宫良方，用于种子时组方如下：温肾用生地 10g、肉桂 3g、续断 15g，还可选加仙灵脾 5g、菟丝子 10g、蛇床子 10g、补骨脂 10g、巴戟天 10g、鹿角霜 15g。暖宫用艾叶 10g、香附 15g，还可选加炮姜 10g、川椒 1g、乌药 10g、小茴香 10g。补气健脾用生芪 10g，还可选加炒白术 10g、黄精 10g、山药 10g、仙鹤草 10g、白扁豆 15g。养血柔肝用当归 10g、炒白芍 10g，还可选加枸杞子 10g、女贞子 10g、首乌 10g、阿胶珠 10g、桑椹 10g。补中有行，用川芎 10g，还可选加木香 10g、陈皮 15g、郁金 10g。

临床应用还要辨证加味：月经量少选加三七粉 3g冲、丹参 30g、鸡血藤 15g、泽兰 10g、益母草 10g。痛经选加川楝子 10g、玄胡 10g、赤芍 10g、桃仁 10g、蚕砂 10g包。腰痛选加老鹳草 10g、鸡血藤 10g、牛膝 10g、狗脊 10g、桑寄生 10g、生杜仲 10g。

“艾附暖宫丸”有成药，其服法可仿“桂枝茯苓丸”。

50. 平胃散治体胖不孕

体胖不孕常因痰浊阻宫所致，临床常见经少经闭，形胖乏力，纳差脘胀，腰痠带多，苔腻脉滑。其治专祛痰浊，“平胃散”宜之。

“平胃散”出自宋《太平惠民和剂局方》，由陈皮、厚朴、苍术、甘草四味组成。燥湿运脾，行气和胃，专治湿困脾胃证，而见脘腹胀满，纳差口淡，呕恶嗳气，倦怠嗜卧，身体沉重，苔厚脉缓。方中重用苍术为主药，温燥运脾。辅以厚朴化湿除满，行气消胀，佐以陈

皮、甘草和胃理气。《太平惠民和剂局方》再加藿香、半夏，增强化湿之力，名为“不换金正气散”。宋·骆尤吉编《内经拾遗方论》，经明·刘浴德、朱练增订，名为《增补内经拾遗方论》，将“平胃散”与“小柴胡汤”合用，名为“柴平散”（以银柴胡代柴胡），燥湿运脾，和解少阳，专治湿疟。

“平胃散”治体胖不孕临床组方如下：燥湿用炒苍术 15g、法半夏 10g，行气用厚朴 10g，运脾用云苓 15g、陈皮 15g，和胃用神曲 15g，调经用丹参 30g。临证加味如下：经少闭经选加泽兰 10g、益母草 10g、赤芍 10g、鸡血藤 15g、香附 10g、郁金 10g、红花 10g。纳差脘胀选加生山楂 15g、莱菔子 10g、神曲 15g、生鸡内金 30g、大腹皮 10g、木香 10g。腰痠带下选加生苡仁 10g、黄柏 10g、川牛膝 15g、车前草 30g、老鹳草 10g、川断 10g、蛇床子 10g。

七味“平胃散”也可共研细末装入 1 号胶囊（0.3g），经期随汤剂服用，每煎先服 5 粒，每天 2 次。平时早晚各服 5 粒，可以不加汤剂，惟在排卵前后 1 周内，按经期方法服用。

51. 补中益气汤定胎漏

金·李东垣撰《脾胃论》，创建益气升阳的代表方“补中益气汤”。方内补中用人参（血糖不高者可用党参代之）、生芪、白术、甘草；“血为气母”，养血补气用当归；升举轻用升麻、柴胡，升阳恐泄利故不用可补中但淡渗的茯苓、苡仁等；补而不滞用陈皮。专治中气不足，气虚下陷证类。

胎漏即先兆流产，是妇产科的常见病。由于补中益气汤的补中升举，故定胎漏有效。临床组方如下：白参 3g另煎兑服、生芪 15g、炒白术 10g、升麻 5g、柴胡 5g、陈皮 10g。“胎前宜清”可选加黄芩 10g、竹茹 10g、黄连 5g、连翘 10g、公英 10g。“补肾养胎”可选加川断 10g、生杜仲 10g、桑寄生 10g、狗脊 10g。“养血安胎”可选加阿胶 15g烊化、生地 10g、大枣 10 枚。如仍有呕吐反应，可选加苏梗 10g、砂仁 10g后下。如已见红可选加仙鹤草 10g、生牡蛎 30g、侧柏叶 10g。

52. 羚羊钩藤汤平子痫

妊娠晚期或临产时，突然血压升高，可高达 24/14.7kPa（180/110mmHg），轻者头痛眩晕，抽搐肢麻，重者全身强直，甚至昏厥。此时常因水不涵木，肝风内动所致，用“羚羊钩藤汤”可平。

“羚羊钩藤汤”系清·俞根初等著《通俗伤寒论》方，由羚羊角粉、钩藤、桑叶、川贝、生地、菊花、茯神、白芍、竹茹、生甘草十味组成。平肝熄风，清热止痉，专治热极动风，肝阳化风证。

平熄子痫，“羚羊钩藤汤”宜作加减：滋水涵木用生地 10g、白菊花 10g，还可选加枸

杞子 10g、女贞子 10g、黄精 10g、首乌 10g。平肝熄风用钩藤 15g后下、羚羊角粉 0.6g冲、白芍 10g，还可选加珍珠母 30g、生石决明 30g、生牡蛎 30g、地龙 10g。平肝清热用桑叶 10g、竹茹 10g，还可选加薄荷 10g、夏枯草 10g。扶脾宁神用茯苓 15g，还可选加山药 10g、白扁豆 10g。

子痫乃急危重症，宜辨证加味：头痛眩晕选加川楝子 10g、玄胡 10g、葛根 10g、天麻 10g、川芎 10g；强直抽搐选加蝉衣 5g、僵蚕 10g、防风 10g、荆芥 10g；昏厥者选用"三宝"救治。

53. 五子衍宗丸疗不育

"五子衍宗丸"方出明·王肯堂撰《证治准绳》，由"五子"组成（菟丝子、五味子、枸杞子、覆盆子、车前子），通治肾虚阳痿，早泄遗精，久不生育和须发早白。

男子不育凡舌淡苔滑、脉象沉细者，为肾亏之证，调肾为要。调肾者，补其水火也，以"五子衍宗丸"方意加减应用可以奏效。"五子"中取调补阴阳的三子，即枸杞子 10g、菟丝子 10g 和覆盆子 10g，再加壮阳的蛇床子 10g、补骨脂 10g，滋阴的女贞子 10g，疏肝行气的川楝子 10g 和通血脉的王不留行子，新组衍宗丸，调为 8 子，每子用 10g，且名为"新衍宗丸"。

"新衍宗丸"还宜辨证加味：精子总量不足，成活率低，选加丹参 30g、泽兰 10g、泽泻 10g、山药 10g、灵芝 10g、黄精 10g、生芪 10g、当归 10g；血精选加生地 15g、丹皮 10g、赤芍 10g、茜草炭 10g、银花炭 10g、仙鹤草 10g、焦栀子 10g；不射精选加炒苍术 10g、黄柏 10g、生苡仁 15g、川牛膝 15g、红花 10g、连翘 10g、车前草 30g；阴囊发胀而湿选加乌药 10g、炒橘核 15g、青皮 10g、云苓 10g、小茴香 5g；阳痿选加仙灵脾 5g、韭菜子 10g、桂枝 5g、九香虫 10g、葛根 10g、河车粉 3g冲；遗精早泄选加芡实 15g、五味子 10g、五倍子 10g、生龙骨 30g、生牡蛎 30g、巴戟天 10g、莲肉 15g。

54. 二至丸乌须发

"二至丸"系明·王肯堂撰《证治准绳》方，由女贞子、旱莲草二味组成。女贞子甘凉，滋补肝肾而明目。旱莲草甘寒，滋补肝肾而凉血，共为滋肝肾，补阴血的效方。主治肝肾阴虚，虚火上炎证，症见眩晕口苦，失眠多梦，腰痠遗精，五心烦热，舌红苔少，脉象细数。

临床以"二至丸"为基础，选加滋阴的生地 10g、黄精 15g、首乌 15g，降火的丹皮 10g、赤芍 10g、黄柏 10g、知母 10g，柔肝的当归 10g、白芍 10g、枸杞子 10g、菊花 10g，可以乌须发，对阴虚血热的白发、脱发有效。

55. 海鹿补肾酒

肾亏无论男女临床多见。补肾重在调其阴阳，平其水火。自拟“海鹿补肾酒”用于肾阳亏损为主证，常服有效，组方如下：

海　马 10g	鹿　茸 3g	蛇床子 5g	九香虫 10g
蜂　房 10g	枸杞子 30g	女贞子 10g	生杜仲 30g
陈　皮 15g	鞭 1 条(牛、狗、鹿均可)		

会喝酒者泡白酒 5 斤，不会喝酒者泡黄酒 5 斤，密封 15 天后，每晚服 0.5～1 两。

56. 五子饮祛湿毒

自组“五子饮”，由蛇床子 10g、地肤子 10g、葶苈子 10g、莱菔子 15g、苍耳子 5g炒 组成，利湿排毒，专治湿毒证。

“湿毒证”主要表现为皮肤搔痒，或起疹块，小便不畅，苔薄黄腻，脉滑数濡。另外湿热甚者也可视作“湿毒”。“五子饮”中蛇床子燥湿祛风，杀虫止痒。南朝梁·陶弘景辑《名医别录》载有：“蛇床子辛甘无毒”，主“湿痒”、“恶疮”。而医者大多只知蛇床子温肾壮阳、治阳痿不孕矣。地肤子清利湿热，利尿止痒，共为祛湿毒主药。葶苈子泻肺润肠，利水消肿，肺主皮毛又合大肠，对湿毒排泄有辅佐作用。莱菔子降气消食，祛痰消胀，利于中焦运化，又可润肠通便，而佐湿毒之泄利。苍耳子辛温散寒，祛风利湿而止痒，唐·日华子编《大明本草》(又称《日华子诸家本草》)载苍耳子“治一切风气”，“治疥癣及瘙痒”。惟苍耳子大量生用有小毒，轻则胃肠症状，头痛烦躁，重则呼吸循环或肾功能衰竭，胃肠道大出血而死亡。故应少量炒用或以车前子 15g 包代之。

为提高疗效，应用“五子饮”祛湿毒还要加味：清热解毒选加苦参 10g、生苡仁 10g、制大黄 10g；清宣润肠选加桑白皮 10g、野菊花 10g、连翘 10g、全瓜蒌 30g；和血散风选加丹参 30g、赤芍 10g、川芎 10g；祛风止痒选加白鲜皮 10g、防风 10g；利尿排毒选加车前草 30g、白花蛇舌草 30g、泽兰 10g、泽泻 10g、冬瓜仁 10g。

57. 四妙丸疗丹毒

元·朱震亨的《丹溪心法》组“二妙散”，由黄柏、苍术二味等分组成。黄柏清热，苍术燥湿，专治湿热下注证。明·虞抟撰《医学正传》，加一味导药下行的川牛膝，以增其清利之力，名为“三妙丸”。临床应用再加 1 味利湿的生苡仁，则清利湿热之力更宏，可以名为“四妙丸”。

隋·巢元方著《诸病源候论》曰：“丹者，人身体忽然焮赤，如丹涂之状，故谓之丹”，对丹毒证描述精当。“丹毒”又称“流火”，发于头面者称“抱头火丹”。宋政府编撰的《政和

圣济总录》指出:"热毒之气,暴发于皮肤间,不得外泄,则蓄热为丹毒。"西医认为由溶血性链球菌皮肤感染所致。

丹毒多系湿热下注,热壅成毒,用"四妙散"有效。其组方如下:黄柏10g、苍术10g、生苡仁15g、川牛膝15g。其加味如下:清热解毒选加制大黄15g、金银花10g、玄参15g。清热燥湿选加萆薢10g、土茯苓10g、竹茹10g。凉血解毒选加紫花地丁10g、当归10g、赤芍10g、丹皮10g、生栀子10g、黄连10g。每剂煎2汁,分服。可再煎第3汁,冷敷患处。

58. 颠倒散外敷治痤疮、酒渣鼻

"颠倒散"出自清·吴谦等编《医宗金鉴》,由大黄、硫黄二味,等分研末组成。大黄苦寒,消积导滞,泻火凉血,活血化瘀。硫黄甘温,解毒杀虫,燥湿止痒。两黄苦寒与甘温相配,活血凉血,解毒杀虫,故名之为"颠倒"。

"痤疮"中医称之为"肺风粉刺",与"酒渣鼻"均系肺风湿热,瘀毒上攻所致,长于面鼻部,影响容颜,其苦难言。可用"颠倒散"适量,**用浓茶水调敷患部,晚敷晨洗**。避免急躁,忌口辛辣,用硫黄皂盥洗,旬余可愈。

如能加服"犀角地黄汤"合"白虎汤"加味则效果更佳:生地15g、丹皮10g、赤芍10g、生石膏30g、知母15g、生苡仁10g、炙杷叶10g、桑白皮10g、黄芩10g、车前草30g。

59. 手足皲裂醋泡方

隋·巢元方著《诸病源候论》云:"皲裂者,肌肉破也,言冬时触冒风寒,手足破,故谓之皲裂。"

组醋泡方可治皲裂。防风15g、地骨皮15g、苦参30g、白鲜皮10g、茵陈10g、丹参30g、丹皮10g、皂角刺30g、玄参30g、生地15g,用陈醋3~5斤,放大盆中浸泡半小时,每日2~3次,5天后换一剂新药。

60. 乌梅丸妙用

"乌梅丸"系《伤寒论》"辨厥阴病"中主治蛔厥和久利方。近人多治胆道蛔虫证,少数用治久利不止。可将"乌梅丸"原方改为汤剂,扩大用于头痛,眩晕,胁痛,腹泻等疾。只要证见寒热错杂,虚实兼挟,符合"厥阴病"特征者,均可投之。但必须掌握其主症:面白不红,口不干或口渴不欲饮,苔薄不燥,脉沉细不数。

"乌梅丸"由原方10味药组成,其中三味用量固定:补气的党参15g、养血的当归10g、主药乌梅10g。温药五味:制附片、肉桂、川椒、细辛、干姜。凉药二味:黄连、黄柏。临床根据寒热之偏重,调整其用量。如果寒象偏重,温药加量,凉药减量:制附片10g、肉

桂 5g、川椒 2g、细辛 3g、干姜 10g、川黄连 5g、黄柏 5g。反之，热象偏重，则温药减量，凉药加量：制附片 5g、肉桂 3g、川椒 1g、细辛 2g、干姜 5g、黄连 10g、黄柏 10g。

临证组方常应据证立法，随证变法，切扣其证，仍是取效之道，"乌梅丸"妙用便是明证。

妙药百味妙用

1. 用参类须谨慎

益气的参类包括人参（野山参、园参、白参、红参、生晒参、高丽参）、西洋参（花旗参）、党参和童参。

人参有别名：《神农本草经》（魏·吴普等述，清·孙星衍等辑，简称《本经》）名"人衔"、"鬼盖"。明·李时珍著《本草纲目》名"金井玉阑"。野生者称"野山参"；栽培者称"园参"，以吉林抚松县质量最好，又称"吉林参"；产于朝鲜的称"高丽参"、"别直参"；直接晒干的称"生晒参"；蒸熟晒干的称"红参"；煮半日再浸浓糖汁中，2 日晒干者称"白参"、"糖参"。人参叶晒干生用，如提取其中的皂苷，则称"绞股兰"。古时用叶解暑清热，生津止渴，今时用治冠心病且降脂降糖。

"人参"大补元气，益智安神，生津安胎，通治一切气血津液不足证。其富含三萜皂苷，挥发油，糖类，氨基酸，维生素 B_1、B_2、C，烟酸等。现代药理证实，人参能兴奋大脑皮质，增加脑血流量，提升机体免疫力，能增强抗病能力而提高工作效力。有强心苷样作用，可改善心功能，扩张血管而降血压，抗休克，促进造血器官和性腺功能，调整血糖水平，改善脂质代谢而降脂，抗衰老、抗肿瘤并有抗菌作用，特别是痢疾杆菌、金葡菌和链球菌。可见人参的治疗效应相当广泛。

人参力宏者以野山参最佳，园参次之，可用生晒参（最优者为吉林参，又称"辽参"），白参更次，但温热之性亦减。红参与生晒参补力相仿，但红参远不如白参之平和，温热之性明显，虚热甚者切勿用红参。高丽参又称"朝鲜参"、"拳头参"，产于金刚山者最佳，称"金刚参"，又名"别直参"。吉林参与高丽参功同力宏，然一则甘而清凉，一则甘而温养，同中有异。如见阴液耗损而相火易升者，宜吉林参养阴而兼理虚热；阴液耗损，真阳也衰者宜高丽参补阴而兼扶阳，各有专主。

人参畏五灵脂，恶皂荚、黑豆、紫石英、卤碱，不宜同茶叶、萝卜同服。

"西洋参"产于美国威斯康辛州者最佳，亦产于加拿大、法国，故又称"花旗参"。补气养阴，清火生津，专治气阴两亏，虚火上炎证。其含三萜皂苷，挥发油，糖类，维生素 A、B_1、B_2、B_6 等。现代药理证实，西洋参能抑制中枢神经系统，抗心律失常，提高机体应激能力，调整内分泌功能。西洋参与人参同为补气要药，但其养阴清火生津之力更显，性寒清润之常，对阴虚火旺者也宜。清·赵学敏撰《本草纲目拾遗》曰："反藜芦，忌铁刀，火炒。"

"党参"健脾补肺，益气生津，用治肺脾气虚证。其富含糖类，氨基酸，皂苷，维生素

B_1、B_2。现代药理证实，党参能增强机体应激能力和免疫功能，延缓衰老，消除溃疡，通过肝脏作用增加红细胞和血红蛋白，扩张周围血管及抑制肾上腺素而降压，提升放化疗所致的白细胞下降，消尿蛋白，改善心功能，提升血糖。党参补气之力不如人参，但其有养血生津作用，气虚而兼血亏津耗者更宜投党参。惟禁用于血糖升高者。

“童参”别名“太子参”（清·吴仪洛撰《本草从新》）、“孩儿参”（《中国药用植物志》），补脾润肺，益气生津，用治脾胃虚弱，气虚津伤证。其含皂苷、亚油酸，糖类，氨基酸，锰。现代药理证实，童参有提高机体免疫功能，增强抵抗力的作用。其补气之力似于人参、党参，但其力较弱，而生津之力较显，用其补气生津之力常须配伍。童参仅为补气药的辅助之品，惟在高血糖患者补气时用 30g 代替党参而已。

2. 补气首选生芪

“黄芪”补气升阳，固表止汗，利水消肿，托毒生肌，可治肺脾气虚，气短乏力，食少便溏，虚热汗多，尿少浮肿，气陷脱肛，阴挺不收，气不摄血，便血崩漏，气不达表，脓成不溃，溃不收口，苔薄质淡，脉沉细弱之证。

现代药理证实，黄芪强心扩张冠脉，降压降糖，保肝而治心力衰竭、冠心病、糖尿病、肝病、高血压；利尿消蛋白而治肾炎、心性水肿、肝硬化腹水；抗菌（金葡菌、链球菌、痢疾杆菌）而治痈疽肿毒、痢疾。

黄芪微温而甘，药性平和，应用广泛，临床各证，凡见气虚，无论下陷失血血亏，血滞外感，疮疡等，均可投以黄芪。蜜炙者补气升阳偏重，生用者固表托疮，利尿止汗偏重，然而蜜炙有糖，对中老年患者，特别血糖高者不宜，故**应用时均以“生芪”为主**，常用 10g，重用 30g，系补气之首选药。

3. 云苓药食同用

“云苓”为依附寄生于松树根的球状干燥菌核。外皮为“云苓皮”，内层淡红色为“赤茯苓”，白色为“白茯苓”，抱附松根而生为“茯神”，用朱砂拌者为“朱茯神”。

云苓利水渗湿，健脾宁心，用治小便不利，痰饮水肿，脾虚脘胀，纳少便溏，心神不宁，心悸失眠，苔薄质淡，脉沉细弱证。云苓抑制肾小管重吸收而能大量利尿并促进 Na^+、K^+、CL^- 等排出，是良好的利尿剂。云苓还可降血糖，是有效的降糖药。其中，云苓皮专于行水退肿，消皮肤水肿。赤苓清热利湿，专治湿热下注的尿少尿赤。茯神宁心安神，善治神衰失眠。

云苓富含蛋白质、脂肪、卵磷脂和钾盐等，是一味优质的营养食品。历代有多张药食同源的膳食谱，如金·张从正著《儒门事亲》载有“山药茯苓包子”，以山药粉、茯苓粉做馅用面粉蒸包子，益脾胃，涩精气，适于脾胃不健，纳谷不香，消渴尿频，遗精遗尿等症；《仁斋直指方》载有“白茯苓粥”，以白茯苓、粳米熬粥，可健脾利湿，用于老年浮肿，肥胖

腹泻等症;元·忽思慧撰《饮膳正要》载有"茯苓酒",以茯苓泡白酒,适于脾虚失健,不能营养四肢而肌肉麻痹,沉重失用症。此外民间还有"茯苓饼"、"茯苓造化糕"、"莲子茯苓糕"等均以茯苓为主料,用于脾胃虚弱者,起到健脾宁神的作用。茯苓的药食同用,体现了中医保健膳食的优势。

4. 炒白术运脾胜于健脾

"白术"健脾益气,燥湿利水,主治脾胃气虚,运化无力的脘胀食少,吐泻乏力,痰饮水肿,自汗胎漏,苔薄白腻,脉沉细弱。白术利尿排钠,降血糖降血压,促进胃肠分泌和安胎的作用,用于糖尿病、高血压、胃肠病、水肿病、流产等有效。

白术**炒用偏于补气健脾,生用偏于燥湿利水,焦用偏于和胃止泻**;产于浙江临安县的称"于术",冬天采集者称"冬术",其健脾补气之力更大,冬术润而不燥。

炒白术用麸炒,偏于祛湿利水,土炒偏于燥湿健脾。临床用炒白术并非单纯用其健脾补气,健脾白术成不了主药,仅作辅助之品,如四君子、理中汤、参苓白术散之类。炒白术的特色在于和胃燥湿,利水退肿。在脾胃虚弱证中,炒白术起的作用在于祛湿和利水。故清·陈士铎在《本草新编》中称其为"开胃之神药,而其尤能去湿"。水湿之去,除补气的健脾功能外,尚需和胃的运脾之力,故炒白术运脾胜于健脾。

5. 扁豆衣补气强于化湿

"白扁豆"产于江浙者最佳,含有氨基酸、糖类、亚油酸、维生素 B、维生素 C、胡萝卜素等。虽然健脾化湿之力不如白术,但其补脾不腻,化湿不燥,尤其适合脾虚有湿证。白扁豆还有抗病毒抗菌作用,且可提高细胞免疫。一般炒用,生用消暑和中,治疗暑湿腹泻证。

"扁豆衣"系白扁豆的种皮,功同扁豆,更无壅滞之弊,用 5～10g,健脾补气,可以视作主药。尤宜于心脾气虚证,补而不腻不滞。**医者少用扁豆衣并常以化湿为用,疏忽其补而不壅之功,在心脾气虚时投用,实为奇药,**常可出奇制胜。故云:"扁豆衣补气强于化湿"。

6. 仙鹤草扶正优于止血

"仙鹤草",《滇南本草图谱》称为"脱力草"。其含仙鹤草素和维生素 K,可缩短凝血时间,增加血钙和血小板而有收敛止血作用。其性平和,适用于一切出血证。凡见出血,无论寒热虚实,无论源于哪个部位,医者必定投之仙鹤草,现已制剂成仙鹤草素片和注射液,更便于临床使用。

仙鹤草还有强心升压,兴奋疲劳的骨骼肌,增强细胞抵抗力而有补虚强壮作用,专

治脱力劳伤，故《滇南本草图谱》称为“脱力草”。大凡神疲乏力，头晕目花，气血亏损均可以仙鹤草10～30g配其他补虚之品，如生芪、当归、党参、白术、山药等而获效。仙鹤草还**有抗肿瘤作用**，在癌症患者扶正祛邪时为一举两得之妙药。**医者视仙鹤草只重其收敛止血之力，而疏于扶正培本之功。**故提示曰：“仙鹤草扶正优于止血。”

7. 黄精、玉竹有别

“黄精”在梁·陶弘景辑《名医别录》中名“重楼”、“鹿竹”，在明·朱棣撰《救荒本草》中名“笔管菜”，属百合科，味甘，归肺脾肾经。“玉竹”在《名医别录》中名“葳蕤”、“马熏”。与黄精同科、同性、同归经，均为补阴要药，可养阴生津，润肺止咳，均能提高免疫功能、降血脂、防止动脉硬化及脂肪肝、抗衰老、降血糖，均有强心苷作用，故不少医者互相代用、换用和通用。

黄精、玉竹虽同实异。黄精尚有滋肾阴，益脾肾之力，系肺、脾、肾三顾其阴，而且能补脾气。由于**黄精的运脾功能故补而不腻**，不会影响食欲，脾虚纳差者仍宜之。玉竹尚有养胃清热之力，肺胃燥热伤阴者最宜。虽然**玉竹不恋热邪，然其滋腻之性常能碍胃，**食纳不佳者慎用。由于“胃气为本”，食纳是关键，故临床多用黄精而少投玉竹。惟黄精宜制用，过量、生用有毒性。

8. 首乌降脂、通便又乌发

“何首乌”在宋·陈自明撰《外科精要》称“红内消”，《本草纲目》称“山哥”、“山翁”、“山精”、“马肝石”。其富含卵磷脂、亚油酸，故能降血脂，阻止胆固醇在肝内沉积，抗动脉硬化，增强免疫，延缓衰老，强心保肝。其又含蒽醌类(大黄酚和大黄泻素)，故能润肠通便。对金葡球菌，伤寒、痢疾、白喉杆菌，链球菌均有抑菌作用而能解毒。

首乌加黑豆、黄酒蒸煮便成“制首乌”，专能补肝肾，益精血，且不寒不燥又不滋腻，最适于肝肾精血亏虚证，特别是腰膝痠软，头昏眼花，耳鸣重听，失眠健忘，心悸怔忡，须发早白，以及遗精崩带。**生首乌滋补力减弱，但具有肾上腺皮质样激素作用，**可抗过敏而治荨麻疹等皮肤瘙痒症。又能缓泻通便，尤治老年虚人便秘。生用还可解毒散结截疟，用于疮痈、瘰疬和久疟不止。鲜首乌润燥通便力更显，专通肠燥便秘。另有“白首乌”，《救荒本草》称为“牛皮消”，其功效与“何首乌”相仿，更能强壮筋骨、健脾消食。现用其根磨粉，称为“白首乌粉”，作为营养食品，补肝肾，乌须发。何首乌的茎叶为“夜交藤”，乃安神祛风良药，用于失眠梦多，皮肤瘙痒，血虚节楚，可用到30g。

9. 熟地慎用，生地多用

“熟地”系干地黄用黄酒反复闷蒸晒干而成。含地黄素、维生素A、氨基酸和糖类。

其能提升红细胞、血红蛋白，促进血凝，抑制血栓形成而养血补血，用于血虚诸证。熟地可以提高免疫，抗氧化延缓衰老，降血压，特别是降舒张压而滋阴填精，用于肝肾阴虚证。但熟地**滋腻碍胃，有碍消化**，影响食欲，故常合醒脾的砂仁、陈皮、木香等，对脾虚纳差，腹满便溏者更应慎用。

“生地”又名“干地黄”，在《神农本草经》中别名“地髓”。除同熟地补血滋阴外，生地不滋腻不碍胃，而且富含苷类，**有明显的强心利尿作用。**又能凉血止血，尤宜于热病伤阴，血热妄行，血虚烦热诸证。生地还有抗风湿、抗真菌、抑肿瘤作用。生地的功效较熟地更广泛且不影响食欲，故临床多用。**鲜生地取汁兑服，清热凉血作用更明显，**对消渴烦热，血热妄行有奇效。

10. 山药代食降糖

《神农本草经》称山药为“薯蓣”，富含黏液质、皂苷、氨基酸、淀粉酶等，同白术一样都是健脾要药，但同中有异。白术偏燥，用于脾虚生湿而忌于伤阴时；山药偏滋，用于脾虚阴亏，而忌于湿盛时。山药还有四个功效：一是**益肺气**，是治虚痨的要药。二是**固肾关**，善治遗精，尿频和虚带。三是**安心神**，可治肝昏迷。四是**生津液**，用治糖尿病。

山药产于河南新乡者最佳，名为“怀山药”。健脾补气者炒用（土炒、米炒或麸炒），滋阴生津者生用。**山药是1味营养食品，在保健膳食中常用，可以代主食**，制成点心、饼干或粥类。由于糖尿病，特别是2型非胰岛素依赖性糖尿病，多见气阴两虚证。山药既可代主食，又能降血糖。山药**既补气，又滋阴**，故山药治糖尿病为最佳的药食同用之品。张锡纯在《医学衷中参西录》中十分推崇山药，可大剂量煮水代饮，或合健脾养阴的生芪、葛根、花粉等，组成“玉液汤”，或与百合、山萸肉等同用，组成“薯蓣纳气汤”，或与苡仁同煮为“珠玉二宝粥”等。

11. 杜仲阴阳双补

《名医别录》杜仲别称“木绵”，以产于贵州遵义、四川绵阳者最佳。杜仲能明显降压，又能减少肠道吸收胆固醇，特别适用于水不涵木证类的高血压和动脉硬化。**杜仲是良好的安胎药，**专治妊娠胎动，腹痛欲坠，配伍川断，其效更佳。

杜仲归肝肾两经，有双重作用，既可滋补肝肾，强壮筋骨，治腰膝痠软，风湿久痹，又能温补肝肾，治肾虚阳痿，小便频数。故杜仲为阴阳双补之品，其作用在于胶丝（树脂胶类），应当生用，炒后胶丝破坏，作用减弱。炒炭后胶丝全无，仅用于止血止泻，如治崩漏和久痢（益火生土）。

12. 寄生可以强心

医者用桑寄生大凡以其补肝肾、强筋骨又祛风湿，故多投治久痹，以其养血安胎而

止胎动不安。殊不知寄生富含黄酮类、齐墩果酸等强心成分，**对心血管有强心利尿、增加冠脉流量、减慢心率、抗心律失常、保护心肌缺血、抗血小板聚集、改善微循环效应，又能明显降血压**。临床应用不能疏忽其强心作用，是治疗心血管病，用于高血压、冠心病、心律失常、心力衰竭都有疗效，**特别是槲寄生的强心功效比桑寄生更明显**。

13. 灵芝补心、消脂又抗癌

"灵芝"益气血，健脾胃，安心神，特别对心血管效应明显，可对抗心肌缺血，明显增加冠脉流量，降低冠脉血管阻力，降低心肌耗氧量，提高耐缺氧能力，降血压，抗血小板聚集，抗血栓，是**一味良好的强心补心药**。

灵芝所含的多糖类，既降血糖，又可抗肿瘤。灵芝多糖还可抗氧化，延缓衰老，调节免疫功能，又是**一味良好的抗衰老药**。

灵芝含有多种氨基酸、三萜类物质，可调节脂质代谢、降血脂。灵芝可增强体力、补充营养，又是**一味良好的滋补强壮药**。

现今灵芝的人工栽培已获成功，可广泛用于冠心病、糖尿病、各类癌瘤、放化疗引起的骨髓抑制、白细胞减少症、肝炎、支气管哮喘、慢性支气管炎、神经衰弱，而见心悸失眠、头晕目花、神疲乏力、久咳喘息、食欲不振、苔白质淡、脉象沉细的虚劳证类。**灵芝还可列作延缓衰老，提高免疫的保健膳食**。一般汤剂用 10～15g，研末冲服用 1g，泡酒饮服用 30g。

14. 沙参南北有异

"沙参"明以前无南北之分，均为"南沙参"，直至清·张璐纂《本经逢源》才以"北沙参"立条，加以南北区分。

北沙参产于山东，南沙参产于四川。沙参含有生物碱、淀粉、挥发油、三萜类等。功能养阴生津，清肺止咳，为肺胃阴虚、止咳止渴的要药。用于慢性支气管炎、肺结核、肺脓肿、糖尿病等肺热燥咳，久咳嗽血及胃热口渴，苔黄质红，脉象细数证类。南北之异在于：**北沙参养阴润燥为长，南沙参祛痰止咳为主**，鲜沙参清热生津偏重。鲜沙参干者便是南沙参。正如清·张秉成《本草便读》所云："清养之功，北逊于南，润降之性，南不及北。"

15. 麦冬可滋心阴

"麦冬"在《神农本草经》中也称"麦门冬"，《名医别录》异名"禹葭"，又名"寸冬"。医者常常视麦冬为养阴润肺、益胃生津之良药，多用于阴虚肺燥，咳逆痰黏，嗽血咯血，咽喉不利，或胃热伤津，口干且渴，食纳不佳，肠燥便秘，吐血呕血，舌红苔黄，脉象细数诸

证。惟疏忽麦冬入心经，含多种皂苷，有清心养心之功，可用于温热内传心营，烦躁不眠，斑疹衄血或心阴不足，心失所养，心悸怔忡等。麦冬还有改善心脏血液动力学，强心利尿作用，可治心力衰竭。还能增加心肌收缩力，增加冠脉流量，防止心肌缺血，缩小心肌梗死范围，抗心律失常，特别治疗冠心病有效，因此临床应用麦冬要**强调其滋心阴之功**。

16. 女贞养阴且滑肠

"女贞子"又名"冬青子"。所含齐墩果酸强心利尿，降糖保肝，促进免疫，**为滋补肝肾要药**；其养阴力强且可润肺乌发，清肝明目，多用于肺肝肾阴虚证。生女贞清虚热，可治骨蒸潮热；用酒、盐、醋拌蒸成熟女贞，功专养阴。

女贞子，尤其生用有滑肠作用，脾胃虚寒，素有泄泻者慎用。故明·缪希雍撰《本草经疏》有言："变白家，当杂保脾胃药及椒红温暖之类同施，不则恐有腹痛作泄之患。"

17. 牛膝川怀大别

"怀牛膝"，《神农本草经》异名"百倍"，以河南武陟最佳。其含皂苷、齐墩果酸及大量钾盐。**补肝肾，强筋骨，利关节**，尤治腰膝以下的关节痛楚，屈伸不利，痿弱无力。常酒炒后用。现代药理证实，其还有降血糖、降血脂、抗凝血作用。

"川牛膝"，即产于四川的"甜牛膝"、"麻牛膝"。含有生物碱。**功专活血祛瘀，利湿祛风，利尿通淋**。一般生用。治疗血瘀经闭，瘀阻痛经，跌打损伤，风湿腰膝以下痛楚，血淋尿血，热淋尿痛的要药。又可引血下行，导火下泄。现代药理证实，其还有降血压、兴奋子宫、镇痛和利尿作用。

18. 川断腰肾专药

"川断"又名"续断"，《神农本草经》异名"龙豆"，《名医别录》异名"接骨"。川断有三个功效：一是补养肝肾，强健筋骨，可治久痹腰痛，风湿节楚，用盐炒续断；二是止血安胎，调理冲任，治崩漏胎动，用续断炭；三是通利血脉，接骨疗伤，治跌扑创伤，损筋折骨，用酒炒续断。由于"肾主骨"，"腰为肾腑"，**内妇骨伤，腰膝受损者均不离川断，故为腰肾专药**。

19. 当归妇科主药

"当归"成为妇科主药，广泛用于妇科经带胎产诸病，有三个原因：①对子宫的双向调节作用，结晶成分能兴奋子宫，使其收缩加强而治经少闭经，可炒用；挥发油则抑制子

宫,缓解痉挛,和血止痛而治经多痛经,宜生用。②促进血液循环,增进子宫发育;③润肠通便,减少盆腔充血。

当归之用不限于妇科。因其**既养血补血又活血和血,可以治一切血虚证,也是和血主药**;因其柔肝止痛,治血虚诸痛,佐以配伍,寒热均宜;因其活血止痛,治血栓诸病,风湿瘀痹,跌打损伤,痈疽疮疡;因其润肠通便,治液亏便燥,然慎用于脾虚便溏者。

当归补血用归身,化瘀用归尾,和血用全当归、酒当归,止血用当归炭、当归头,通便时生用,便溏者土炒,痰多者姜汁炒。产于甘肃秦州者最佳。

20. 鹿茸不能乱用,角霜提倡多用

"鹿茸"富含钙质,胶质,蛋白质,是著名的温阳强壮药。古时以其温肾阳、益精血、强筋骨之功,用于肾阳虚衰或精血不足证,如阳痿、遗精、遗尿,形寒肢冷,神疲乏力,筋骨痿软,小儿发育不良,妇女崩漏下血,外科阴疽内陷,久溃不敛等。近代药理证实其有明显的强壮和性激素样作用,又能抗脂质过氧化而延缓衰老。促进脑组织蛋白质合成而益智强神,加强心肌收缩力,抗心律失常和对血压的双向调节而治心血管病。还有增强免疫功能和促进创伤愈合。故被广泛用于临床,而且视作保健长寿,提高性欲的首药。

鹿茸性温滋腻。如应用不当,有明显的不良反应。凡阴虚阳亢,血分有热,胃火内盛,肺壅痰热及外感热病时均应禁服,特别对于阳痿早泄,性冷淡时更不可乱用,证属湿热下注,痰瘀互结者,投之反害,轻则吐衄目赤,眩晕烦躁,重则中风昏厥。**宜慎用,一般以粉冲服 1g**,或入丸散剂用 3～10g 或适量泡酒。鹿角可以代茸,惟补性减弱而善于行血消肿,多用于外科阴疽疮疡、乳腺肿痛,煎服 5～10g,研末冲服 1～3g。

"鹿角胶"温补肾阳,益精养血同鹿茸,但其温性已减而增以养血止血之力,专治虚寒性的吐衄崩漏,再障贫血和阴疽内陷。熬胶后所剩骨渣为**"鹿角霜",其温补肾阳,益精养血之功虽小犹存,且温通之力大增,又可收涩,并不滋腻**,比用鹿茸的不良反应大大减少,临床可以用于阳虚的食少便溏,腰下冷痛,遗精,遗尿,崩漏,带下;寒凝的痹证、阳痿,胸痹心痛,膏淋日久,涩痛不著而腰痛如折等证。价格又较鹿茸便宜,只要对证,用 15～30g,可以代替鹿茸,提倡多用。

21. 桂枝与肉桂

"桂枝"以嫩细者效佳,名为"桂枝尖"、"嫩桂枝"。其发汗力较麻黄弱,表证无汗配麻黄,有汗配芍药。桂枝油可促进血液循环,增加心肌营养血流量,解痉镇痛,**温通经脉**,治风寒痹痛,胸阳不振的胸痛彻背,心悸结代,阳虚的痰饮水肿,寒凝的经闭腹痛。桂皮醛抗菌消炎(金葡菌、痢疾杆菌、沙门菌),抗过敏。用于外科阴证和皮肤瘙痒。

"肉桂"系桂树的干燥树皮,最佳者为"官桂"。补火助阳力大,可以**引火归原,散寒**

止痛,其力也宏。一般用量 5g 以下,久煎效减,可研末冲服或入丸散剂。肉桂专治命门火衰,或上热下寒的畏寒肢冷,腰膝痠软,心腹寒痛,便溏尿频,气促喘息以及阳虚血寒的月经不调,痛经闭经。

桂枝表散风寒,温通经脉,调和营血。肉桂补火助阳,引火归原,温散内寒。正如元·王好古著《汤液本草》所云:"仲景汤液用桂枝发表,用肉桂补肾,本乎天者亲上,本乎地者亲下,理之自然。性分之所不可移也。"

22. 附子类的应用与禁忌

母根为乌头,野生者称"草乌",栽培者名"川乌",其块根上附生的子根便是"附子",如子附母也。附子的炮制有四种:黑附片,先切厚片加红塘炒,呈浓茶色,水漂洗无麻辣感,取出蒸熟,烘干即成;白附片,选小附子浸入盐卤数日,再同煮透心,去外皮切薄片,水漂洗蒸熟,硫黄熏后晒干;淡附片,浸入食盐和盐卤混合液中,每日取出晾晒至表面见大量结晶,直到质硬止,再用清水漂洗并与甘草、黑豆同煮透心,切开无麻感,切片晒干;炮附片,取净河沙置锅内,武火炒热,加入附片,拌炒至鼓起,微变色取出,筛去河沙,放凉,毒性降低,其质疏脆,可入丸散剂。

附子主要有四个功用:一是**回阳救逆,抗休克**,用于亡阳证的救脱;二是**温肾助阳,增强体液免疫,镇静中枢神经系统**而治肾阳不足诸证;三是所含去甲乌药碱有明显的**强心作用**,增强心搏,改善血液循环而治心衰,抗心律失常而治缓慢型心律失常,保护心肌缺血缺氧而治冠心病;四是**祛寒止痛用**治寒湿痹证。临床用乌头仅取其祛风温通之力而治风湿筋骨的寒痛。

附子、乌头有毒,毒性成分为乌头碱,生用更显,中毒轻者口舌、四肢乃至全身麻木,流涎呕恶,腹泻眩晕,心率减慢,重者呼吸困难,二便失禁,血压体温下降,严重心律失常,可死于呼吸循环衰竭。

用附子、乌头除避免"十八反"、阴虚阳盛、真热假寒及孕妇外,服药时不宜饮酒,不宜以酒为引子。**生者不能内服,宜先煎 0.5～1h,此时乌头碱大部分破坏,而其余的效应成分不畏热煮而保存起效。**

23. 三七养血和血

"三七"又名"参三七"、"田三七"。《本草纲目》异名"金不换"。三七的特点是**养血又和血,止血又散瘀,故止血不留瘀、化瘀不伤正,是血证要药。**

三七含皂苷和黄酮。抗血小板聚集,溶栓,防止血栓形成,抗动脉粥样硬化而活血化瘀,又能激活止血活性物质,缩短出凝血时间,增殖造血干细胞而止血养血。皂苷还有强心,保护心肌缺血,抗心律失常,产生钙拮抗效应,可治心脑血管病。

三七的消肿定痛作用也较明显,用治瘀滞作痛有效。民间还用三七的强壮补虚功

效，炖食作为保健膳食。另外“菊叶三七”和“景天三七”均可通用，但其力不如“参三七”，前者偏于解毒消肿，后者偏于安神宁心。三七价贵，常以粉剂 3～5g 冲服。

24．丹参“功同四物”

“丹参功同四物”语出《本草便读》。如果“四物汤”视作血证首方，那么丹参便是血证首药。其主要成分“丹参酮”作用广泛，既可抑制血小板聚集，抗血栓形成而活血行瘀，通经止痛，用于血瘀诸证，作痛致癥。其性微寒，凉血消痈，血热瘀滞也宜。丹参又可延长出血时间和凝血酶原时间而止血。化瘀和止血之别在于用量和配伍。化瘀时用大量 30g，伍活血药。止血时用小量 10g，伍养血止血药。

丹参有回收、软化肿大肝脾作用，且能保护肝损伤，防止肝纤维化，促进肝细胞再生，是治疗肝炎，肝硬化，肝癌的效药；镇静安神镇痛用治神经衰弱，血管神经性头痛，脉管炎等多种瘀痛；降血脂，抗动脉粥样硬化，扩张冠脉显著增加冠脉流量，保护心肌缺血，缩小心肌梗死面积，降低心肌耗氧量又能降血压，**是治疗心脑血管病的主药**；改善肾功能，增加肌酐、尿素及钠的排出，用于肾病；丹参酮有雌激素样活性，还有抗雄激素样活性。**丹参虽有抑制癌细胞的作用，并对放疗化疗有增效作用**，但在动物实验中曾发现其会促进癌转移，但人体应用中未见报导，故用于抗癌时要谨慎。

25．川芎活血而透窍

《吴普本草》异名为“香果”，系活血化瘀主药。含川芎嗪，心脑血管效应十分明显，有钙离子拮抗剂作用，可增加冠脉流量、保护心肌缺血、降低心肌耗氧量、扩张血管、降低血压、改善脑循环和脑缺血、改善微循环障碍、抗凝血、抑制血栓形成等，且能通过血脑屏障。川芎还有行气止痛作用，专治寒凝气滞，瘀血内阻的诸痛；川芎明显增加肾流量而利尿；抑制肿瘤扩散，对放化疗有增效作用；镇静安神，用于各类失眠。

川芎除活血而行气外，更能祛风升散而透窍。凡外感风邪，闭阻肺卫；痰瘀互阻，蒙塞清窍；疮疡肿痛，毒壅经络，均离不开川芎之透窍。由于川芎升散之性，除禁用于阴虚火旺，肝阳上亢证外，还应掌握用量在 10g 以下。用量过多反而加剧头痛。

26．泽兰活血而利水

“泽兰”始载于《神农本草经》，异名为“龙枣”，《救荒本草》异名为“地瓜儿苗”。用其活血通经之功，多用在妇科血滞经闭，痛经及产后腹痛。骨伤科也用治跌打损伤、瘀血作痛，外科用治痈肿疼痛。

内科少用泽兰。现代药理证实，泽兰能改善血液流变性，抑制血栓形成。其活血化瘀作用较为温和而且能利尿退肿、解毒消痈。故内科可以多用，凡瘀滞作痛、瘀阻癥瘕、

瘀闭水肿淋沥、瘀壅痈肿疮毒，均可投之。

27. 水蛭无毒

"水蛭"俗名"蚂蟥"。常用日本医蛭和宽体金线蛭。其始载于《神农本草经》，列为下品，以其有毒矣。

水蛭素为抗凝血物质，可溶栓，抗血栓形成，改善血液流变性，增加心肌营养血流量，促进脑血肿吸收，减轻其周围炎症及水肿，而缓解颅内压升高。这便是水蛭破血逐瘀的现代药理证实，可用于缺血性疾患特别是心脑血管病。

水蛭含有人体必须的17种氨基酸和28种微量元素。水蛭又有明显的降血脂功效，且能改善肾小球病理损伤，降低血尿素氮和肌酐。临床应当重视水蛭的运用。有人做过急性毒性试验，煎剂皮下注射的半数致死量>15.28g/Kg，静脉则>50mg/Kg。给动物静脉或皮下注射水蛭素，对其血压、心率、呼吸、肝、肾功能都无影响，无过敏反应，无抗体形成。血浆中也未发现水蛭素的抗原，各脏器病理切片，光镜检查也未发现病理组织学改变。实验提示水蛭为安全药。

临床应用水蛭制剂**"脑血康口服液"**治疗脑出血取得明显疗效：脑血康组114例，手术对照组60例，西药对照组43例。对照结果如下：

分组	例数	痊愈(%)	显效(%)	好转(%)	无效(%)
脑血康组	114	68(59.6)	23(20.2)	12(10.5)	11(9.7)
手术组	60	18(30.0)	19(31.7)	13(21.7)	10(16.6)
西药组	43	20(46.5)	9(20.9)	6(13.9)	8(18.7)

显示脑血康组疗效最佳。另外脑血康还有七个药效学功效：降压减渗，防止脑水肿；防止血栓形成，再通血栓，改善缺氧；提高吞噬能力，促血肿吸收；抑制血小板聚集，降低血浆 TXB_2 含量，促血管内皮细胞修复；促内皮细胞分泌 PGI_2，缓解血管痉挛；激活纤溶系统，加速血流，促进血管增生；降血脂，预防动脉硬化。临床应用也没有发现毒性反应。据此，可把水蛭作为双向调节药；少量水蛭（吞粉1g以下，水煎5g以下），再选配养血和血的三七、丹参、鸡血藤、当归、白芍等则有止血作用；大量水蛭（吞粉1～3g，水煎5～10g），再选配活血化瘀的赤芍、川芎、桃仁、红花、苏木等则有溶栓作用。应用水蛭有3个注意：一是其味奇臭，难以汤剂口服，一般用散剂装胶囊吞服；二是过敏体质者慎用，以防异性蛋白引发过敏反应；三是体虚者尚需伍用扶正药如生芪、当归、党参、白术之类。

28. 地龙剔络祛风湿

"地龙"即蚯蚓，《名医别录》异名"土龙"。虫类剔络力宏，善祛风湿，用于痹证偏瘫，

四肢麻木效果明显。热痹配清利的忍冬藤、赤芍;寒痹配温通的桂枝、附片;偏瘫配补气活血的生芪、当归;麻木配活血的丹参、鸡血藤。

地龙还有**五个功效**:一是解热镇静,抗惊厥,熄肝风,治疗热病惊痫,抽搐强直和精神分裂症狂躁证类;二是抗心律失常,降血压,抗凝血和溶栓作用,治疗缺血性心脑血管病;三是扩张支气管而平喘,用于痰鸣喘息属肺热证类;四是清热利尿,治疗热结膀胱的尿闭,尿少,尿痛证;五是抗癌作用,并为免疫增强剂。

29. 王不留行活血而疗肾病

"王不留行"《救荒本草》异名"奶米"。医者只以为其为妇科专药,上通乳汁,下通经闭,且消痈肿,治疗经闭痛经、乳汁不下、乳痈肿痛有效。

殊不知,王不留行活血利尿,其性下行,走而不守,对小便淋沥,尿频不畅,尿痛色深之各种肾病如肾炎、肾盂肾炎、尿路感染、结石,随证加味,配伍得当也有奇效。

30. 苏木巧解心痛

"苏木"活血破瘀,消肿止痛,为妇科和骨伤科专药,用于血滞经闭,血阻痛经,产后瘀结,跌打损伤,瘀肿而痛。

"苏木"含苏木精,挥发油,能增加冠脉流量,降低冠脉阻力,促进微循环血流,促进其管径恢复而改善微循环障碍,抑制血小板聚集,降低血液黏度,对血瘀类或痰瘀互结类胸痹心痛有明显的镇痛作用,可以妙用。要掌握剂量,正如《本草纲目》所言:"苏方木乃三阴经血分药,少用则和血,多用则破血。"和血用5g,破血用10g。

31. 鸡血藤和血效药

"鸡血藤"产于云南风庆(旧称顺宁)最佳,异名"九层风"、"过岗龙"。其功效与当归相似,既补血又行血,同为有效的调经药。虽然其补血之力次于当归,但其尚能养筋通络,故特别适于虚人、老人及血虚不营、血不养筋、经络不通者。如肢体麻木,腰膝痠痛,风湿痹痛证。**鸡血藤还能提升放疗化疗引起的血细胞下降。**其性平和,用量可大,10~30g,惟汤剂呈鲜红色,合入苏木则更显。

32. 丹皮清肝泻火

"丹皮"的主要活性成分为"丹皮酚"和"芍药苷"。其对金葡菌、链球菌、各种杆菌和皮肤真菌都有抑菌作用而具抗炎。清热凉血之功。无论虚实之热均可清之,用于温病热入血分,斑疹吐衄,后期余邪发热,也用于阴虚血热的骨蒸潮热,也用于痈肿疮毒,特

别是肠痈。丹皮还有活血化瘀止痛作用，适于血瘀血热的经闭痛经，癥瘕积聚，跌仆伤痛。丹皮对心脑血管的效应也明显：保护心肌缺血，增加冠脉流量，降低心肌耗氧量，显著降压，抑制血小板聚集，抗凝血，催眠镇静，抑制中枢，**系心脑血管病的常用药。**

丹皮入肝经，肝藏血，其清热凉血活血之力，可直泻肝火。无论头痛目赤，胁满口苦，尿赤便秘，苔黄质红，脉象弦数的肝经实火或肝阳上亢，眩晕腰痠，五心烦热，梦多遗精，苔净质红，脉象细数的水不涵木证类，均可以丹皮为主药。

丹皮生用清热凉血，退热消痈。酒炒凉血祛瘀。炭用凉血止血。胃虚者酒拌蒸。

33. 芍药区别投用

“芍药”有赤白之分。**白芍**《名医别录》异名“余客”，《本草纲目》又名“将离”。含丹皮酚，芍药苷和鞣质等。养血和营，柔肝止痛，治疗血虚肝旺的眩晕胁痛，耳鸣易怒，营卫不和的汗多畏风，血虚不营的月经不调。白芍还可抑制中枢、镇静、解痉而镇痛，尤治痢疾、胃肠蠕动引起的脘腹疼痛以及血不养筋的手足肌肉痉挛作痛。平肝者生用，柔肝者炒用。

“赤芍”清泄肝火，凉血活血，散瘀消肿，专治温病热入血分的身热斑疹，舌绛脉数，血热妄行的吐衄血证，肝火瘀血的头痛目赤，胁腹诸痛，经闭经痛，疮痈肿痛，以及跌打损伤、红肿热痛。

赤、白芍功效之异诚如清·黄宫绣《本草求真》所言：“白则有敛阴益营之力，赤则有散寒行血之意；白则能于土中泻木，赤则能于血中活滞。”张山雷在《本草正义》中说得更透彻：“一为补血养肝脾真阴，而收摄脾气之散乱，肝气之恣横，则白芍也；一为逐血导瘀，破积泄降，则赤芍也。”成无己谓“白补而赤泻，白收而赤散。故益阴养血，滋润肝脾，皆用白芍；活血行滞，宣化疡毒，皆用赤芍药。”现今**柔肝和营多用白芍。保肝止痛多用赤芍。赤芍治疗肝炎因味不酸，不伐肝而较白芍更宜。治疗痰瘀互结类冠心病，因化热多见，比白芍更效。**

34. 四种柴胡各有所主

“柴胡”名种繁杂，以其药用者主要分为四种：北柴胡，又称“硬柴胡”，《神农本草经》异名“地蒸”，《中药大辞典》异名“山根菜”。南柴胡又称“软柴胡”，系狭叶柴胡，辽宁地区异名“蚂蚱腿”。竹柴胡又称“竹叶柴胡”、“茅胡”、“春柴胡”。色白黄而大，产于银州者为“银柴胡”（另有石竹科银柴胡的干燥根亦称银柴胡）。

柴胡有六个功效：解热，抗疟，为透表泄热药，用于少阳疟疾，寒热往来和不明原因的发热；抗菌、抗病毒、抗结核，防治流感、结核病；增进肝功，降转氨酶，利胆排石，疏肝调经，治疗肝炎结石；镇痛、镇静、抗惊厥，尤止胁肋痛和调理月经；消炎，治疗泌尿系感染；升举阳气，用 5g 治气虚下陷证。

解表退热，疏肝解郁，北柴胡生用，调经止痛醋制，退虚热鳖血炒，调经止痛醋炒，升提止泻酒制，蜜水炒则润肺止咳；**肝郁劳热，南柴胡生用；竹柴胡疏肝止痛之力更强；银柴胡专退阴虚潮热**，骨蒸劳热，小儿疳热。四种柴胡各有所主。正如倪朱谟《本草汇言》所云："柴胡有银柴胡、北柴胡、软柴胡三种之分，银柴胡清热，治阴虚内热也；北柴胡清热，治伤寒邪热也；软柴胡清热，治肝热骨蒸也。"

35. 枳壳破而不伤

"枳壳"系酸橙、香橼大而接近成熟的果实。枳实为小而未成熟的果实。性味辛苦而温，炒后辛燥之性缓和，功效宽中除胀，消积祛痰。现代药理证实其有三个药效：抑制胃肠蠕动，专治胸腹痞满，胀痛泄泻；收缩平滑肌，用治胃扩张、胃停水、消化不良、子宫脱垂、脱肛；显著升高血压，治疗低血压，抢救休克。

枳实、枳壳远古不分，魏晋后始分用，破气力宏者枳实，故脘腹痞硬，胀痛拒按，热结便秘时枳实最宜。枳壳力缓，以行气宽胸为主，用于消胀除痰。《本草汇言》曰："枳壳之性，专于平气，气平则痰喘止，气平则痞胀消，气平则刺痛安，气平则后重除。"故炒枳壳广泛用治胸痹脘胀，痰热互结，湿热下痢诸证，其性破而不伤。

36. 菖蒲不仅开窍而且消导

"菖蒲"有三种："石菖蒲"，《神农本草经》异名"昌阳"，《本草纲目》异名"水剑草"。"节菖蒲"，古称石菖蒲，以"一寸九节者"佳，又称"九节菖蒲"。近代以阿尔泰银莲花的根茎入药，有毒性，故弃用之。"水菖蒲"始载于《名医别录》，又名"白昌"、"泥昌"，其效不如石菖蒲，但有祛痰止咳止泻之功。菖蒲入药以石菖蒲为优。

菖蒲有两个功效：一是镇静、解痉、抗惊厥，所谓豁痰开窍，宁神镇惊，善入心经，治疗痰蒙清窍的热病神昏，癫痫痰厥，精神失常，健忘耳鸣之证；二是芳香化浊，治疗湿阻中焦的胸脘胀满，不思饮食，食积不化，苔腻脉滑之证。医者投菖蒲常以开窍为重，而疏其化浊之力。菖蒲实为消食良药，尤宜于痰闭食阻证。

37. 郁金理气和血

"郁金"亦称"玉金"。唐·苏敬等撰《新修本草》异名"马蒁"。郁金有五个药效：理气解郁，凉血破瘀而治胸胁、脘腹胀满作痛和血热血滞的诸血证；清心镇静，治热病神昏、癫痫狂等精神症状及失眠烦躁等神经官能症；促进胆汁分泌排泄，有保肝作用，治疗黄疸肝炎，胆道炎症结石；溶解胆固醇而降脂，保护心肌损伤而治高脂血症、冠心病；利尿排石，治泌尿系感染、结石、小便不畅。

郁金调理气血有双重作用，既能行气解郁，又能活血化瘀，是气血双治药，尤宜于气滞血瘀的多种证类，为内妇科的要药，胸胁脘肋诸痛，痛经，闭经，癥块结石，吐衄尿血，

以及湿阻蒙窍，苔腻脉滑均可投之，且常与石菖蒲同用，如清《温病全书》中的“菖蒲郁金汤”。广郁金偏于行气，川郁金偏于化瘀。

38. 陈皮类的运用

“陈皮”始载于《神农本草经》，又名“橘皮”，以广东新会所产最佳，名为“新会皮”。其所含的挥发油对胃肠道有温和的刺激作用，促进消化液的分泌并排除肠管内的积气，**为理气健脾，燥湿化痰，降逆止呕的要药**。多用于胸闷痰盛，咳喘脘胀，纳差腹痛，呕哕吐泻，苔腻脉滑证。

“橘红”系成熟果实最外层的果皮，**行气健脾之力减而温燥祛痰之功增**，又可镇咳，最适咳喘痰多黏稠难咯者。以广东化州所产最优，又名“化橘红”。

“橘白”系成熟果实最内层的果皮，燥散之性大减，**和中化湿之力为专**，治疗湿阻中焦证。

“橘叶”为橘树之叶片，归入肝经，**专于疏肝解郁，散结解毒**而治胁痛乳痈、乳块肿痛。

“橘核”橘之种子，一般炒用，有**理气散结、消胀止痛**之功，用治疝气肿胀、睾丸作痛和回乳、消散乳痈。

“橘络”系果皮内的筋络。**理气止痛，通络祛痰**，专治痰浊阻络的咳嗽不止、胸胁作痛。

“青皮”系未成熟果皮或幼小果实。虽然健胃作用不如陈皮，但**破气散积化滞疏肝之力明显**，专治胸胁胀痛，乳痈疝气，乳块胀痛，食积不化和肝脾肿大。以醋炒为佳。

39. 香附镇痛主药

“香附”以“沙草根”之名始载于《名医别录》，《本草纲目》异名为“雷公头”。香附的药效有两个：一是抑制子宫平滑肌的收缩，是妇科调经良药，治疗月经不调，胎产诸病；二是理气解郁，是疏肝调理主药，治疗胸胁脘腹诸郁证。其生用上行胸膈，熟用下走肝肾，酒炒通经络，醋炒消积聚，姜汁炒化痰饮，炒炭可止血。酒或醋同煮者名“制香附”，盐、酒、姜汁、童便分次制炒者名“四制香附”，均增其疏肝之力。

香附所含挥发油可明显提高痛阈，缓解平滑肌痉挛，故有良好的镇痛作用，对诸痛，无论胸胁脘腹作痛、疝气睾丸胀痛、乳房肿痛、经闭经痛、胎漏坠痛、头痛目疼、龈痛伤痛，均可列做主药。镇痛时醋炒效佳。

40. 川楝子清肝

“川楝子”又名“苦楝子”、“金铃子”，疏肝止痛，被医者视为止痛效药。然川楝子性

味苦寒，归入肝经，实为清肝泄火和引入肝经的妙药。凡肝阳肝火特别是热痛者，投之相宜。对下焦湿热，疝痛囊胀也有奇效，被称作“治疝专药”。川楝子又可杀虫，尤能驱蛔，虫积腹痛化热者也能奏效。肝脏诸病，也可作为其引经药。

川楝子自当重其止痛之力，亦不能轻其清肝引肝之功，故张山雷在《脏腑药式补正》中称：“川楝清肝，最为柔驯刚木之良将。”惟其所含“川楝素”有小毒，不可过量。中毒者轻则头晕心悸，呼吸困难，呕吐腹泻，重则震颤、痉挛、麻痹，甚至死亡。一般用10g以下为妥。

41. 延胡索疗痛

“延胡索”又名“元胡索”，通称“元胡”。其所含生物碱，主要为延胡索乙素、丑素和甲素，**能明显提高痛阈而缓解痉挛性疼痛**。正如《本草纲目》所称“延胡索，能行血中气滞，气中血滞，故专治一身上下诸痛，用之中的，妙不可言。盖延胡索活血化气，第一品药也。”

元胡还有催眠镇静，安定降压作用，尤其可止头痛，如高血压性头痛，血管神经性头痛，颈椎病头痛等；元胡还能扩张冠状动脉，增加其血流量，降低冠脉阻力并抗心律失常，治疗冠心病心绞痛，心律失常更为适宜。酒炒元胡重在行血，醋炒元胡重在止血。

42. 木香和胃醒脾

“木香”有三味，原产于印度、缅甸，由广州进口者名为“广木香”。现在云南丽江专区已引种成功，称为“云木香”。产于四川安县等地的称为“川木香”。马兜铃根称为“青木香”，因其有胃肠道反应等毒性，要慎用。

木香生用行气止痛，解除胆道口括约肌痉挛而利胆，善治胆绞痛和胸腹胀痛。木香煨用，抗菌作用明显，可抑制痢疾、大肠、伤寒杆菌，专治肠炎、痢疾。

木香还有两个特殊功效：一是专行胃肠滞气的和胃作用，对消化不良，食欲不振而脘腹胀满者最为适宜，可用10～15g；二是“补而不滞”、“补而能行”的醒脾作用，配在滋补药中，常用5g。

43. 薤白止心痛用酒作引子

“薤白”俗称“荞头”。《本草纲目》异名“莜子”。其功效为通阳散结，理气宽胸，主治胸痹心痛要药，可用10～15g。薤白不能生用，必须蒸至气透圆心为度。**薤白可以煮粥当食疗，惟独不可同牛肉作羹。**

薤白止心痛的活性成分为“薤白苷”和“大蒜氨酸”等，其不溶于水，溶于乙醇，效价最高，故**投薤白止心痛务用酒引子**。酒者有争议，计有白酒、黄酒、果酒、米酒诸种，以白

酒、黄酒最佳，用半两，同薤白冷水浸泡 1 小时以上再煎煮即可。

44. 瓜蒌全用为宜

"瓜蒌"又名"栝楼"。《名医别录》异名"泽姑"。瓜蒌有三个功效：一是清化痰热，润肺通便，为用于痰热证类的心病和咳喘主药，特别合并便秘时更宜；二是消肿解毒，治疗疮疡肿毒如肺痈、肠痈、乳痈；三是抗癌、降血脂。

瓜蒌皮偏于清肺止咳，利膈宽胸。瓜蒌仁偏于润肺涤痰，润肠通便。两者合之便是全瓜蒌，常用 30g。正如《本草正义》所述："蒌实入药，古人本无皮及子仁分用之例，仲景书以枚计，不以分量计，是其确证。盖蒌实能通胸膈之痹塞，而子善涤痰垢黏腻，一举两得。"

瓜蒌根名为"天花粉"，润燥止渴，清热化痰，消肿排脓，治热病伤津，虚热烦渴，痰热咳喘，痈肿疮毒专药，近代用其抗癌。

45. 贝母之别

"贝母"药分三种：小者为**"川贝母"**，其所含"贝母素甲"有阿托品样作用，可明显扩张支气管平滑肌而止咳化痰，但抑制唾液腺分泌要比阿托品小 30 倍，用治阴虚燥咳劳嗽，是润肺化痰止咳良药；大者为**"浙贝母"**，原产于浙江象山最佳，故又称"象贝"。清热软坚，散结解毒，治疗痰热郁结，咳痰胸闷，痈肿疮毒，瘰疬痰核，乳痈肺痈专药。**"土贝母"**破癥解毒，为外科疮毒痈癥专药。正如清·徐大椿在《药性切用》中所分："川贝母，味甘微寒，泻心散郁，清肺而化痰热；象贝，形坚味苦，泻肺功胜，不能解郁也；土贝，形大味苦，泻热解毒，外科专药。"

46. 胆星之功

"生南星"又名"天南星"，有毒。用白矾水浸泡后再与生姜共煮后切片晒干，便成"制南星"，毒性减轻。取生南星研末，与牛胆汁（也可用猪、羊胆汁）充分拌和，日晒夜露至无腥臭为度，制成小块，便成"胆星"，又叫"胆南星"。

胆星豁痰燥湿，为一切痰证的要药。如风痰眩晕，中风痰壅，顽痰胸闷，痰浊恋肺的咳痰喘息，苔腻脉滑之证。胆星还有镇静，镇痛，抗惊厥作用，祛风止痉而用于风痰滞留经络的四肢顽麻，半身不遂，口眼㖞斜以及破伤风，癫痫，强直抽搐之症。

天南星生用内服有毒：中毒者口腔黏膜糜烂、坏死脱落，唇舌咽喉麻木肿胀，运动失灵，味觉消失，声音嘶哑，大量流涎，甚至发热头晕心悸，惊厥昏迷，窒息，呼吸停止。内服多用胆星或制南星，用量在 10g 以内。

47. 葶苈子祛痰须炒用

"葶苈子"《神农本草经》异名"大适"。分甜苦两味,其异诚如《本草纲目》所云:**"甜者下泄之性缓**,虽泄肺而不伤胃;**苦者下泄之性急**,既泄肺而易伤胃,故以大枣辅之。"

葶苈子为泻肺祛痰要药,其能强心平喘利水消肿,故用于各类心脏病,心力衰竭,水肿喘息,小便不利,或有胸腹积水者,如伴痰多喉鸣则更适宜。用量10g以下,过量对消化道有刺激,引起呕吐纳呆和腹泻。炒用后药效不减,刺激减少,不会引起吐泻。

48. 三苏分用

"三苏"者,苏子、苏梗、苏叶,合称"**紫苏**"。紫苏为预防感冒和解鱼虾中毒的效药,但**三苏宜分用**:"**苏子**"所含紫苏油(主要为亚麻酸),可减少支气管分泌,缓解支气管痉挛而祛痰止咳,降气平喘,又能滑肠抗癌,主治痰壅气逆,咳嗽喘息,肠燥便秘以及乳腺癌、结肠癌等。

"**苏梗**"理气止呕安胎,尤治梅核气,胸满嗳气,呕吐不止和胎动不安。近代药理证实其所含的紫苏酮有孕激素样作用,与孕酮相似,又有干扰素诱导作用。

"**苏叶**"所含紫苏醛,有解热作用,扩张皮肤血管,刺激汗腺神经而发汗退热,用治风寒外感,发热无汗,舌苔薄白,脉象浮缓证。其所含紫苏油与紫苏醛均有升高血糖作用,可治低血糖,但糖尿病患者解表时宜慎用。

三苏分用,早有古训,如《本草汇言》言之有理:"一物有三用焉:如伤风伤寒,头疼骨痛,恶寒发热,肢节不利,脚气、疝气,邪郁在表者,苏叶可以散邪而解表。气郁结而中满痞塞,胸膈不利,或胎气上逼,腹胁胀痛者,苏梗可以顺气而宽中。设或上气喘逆,苏子可以定喘而下气;痰火奔迫,苏子可以降火而清痰。三者所用不同,法当详之。"

49. 桑白皮泻肺力专

"桑白皮"生用泻肺利尿降压,用于小便不利,面目浮肿的实证,以及肝阳肝火的高血压。蜜炙用寒性缓和而偏润,可以止咳平喘,用于肺虚咳喘。

桑白皮所含黄酮类有明显的利尿和降压作用。用桑白皮泻肺水、肺火最宜,以退头面水肿为主。其效专在泻肺也,故《本草纲目》云:"桑白皮,长于利小水,乃实则泻其子也,故肺中有水气及肺火有余者宜之。"

桑树之叶名"**桑叶**",其药效:生者散风退热,治外感发热头痛,又可清肝凉血,治肝阳头痛,血热吐血;蜜炙润肺清热,祛痰镇咳,用治肺热燥咳;"**桑枝**"祛风止痛,用治风湿关节痛,尤是上肢;"**桑椹**"滋补肝肾,专治神经衰弱,白发。

50. 夏枯草泻肝力宏

"夏枯草"始载于《神农本草经》,异名"乃东",《名医别录》又名"燕面"。夏枯草的功效均以其清泻肝火为主:其含夏枯草苷,有降压作用,特别能降舒张压,用治肝火肝阳上亢的高血压;其有抗菌(铜绿假单胞菌、结核、伤寒、大肠、痢疾杆菌最敏感),又有抗病毒作用(尤其对艾滋病毒、单纯疱疹病毒有效),用治肝火上炎的细菌病毒感染;有降血糖作用,治疗肝火上炎类糖尿病;有散结作用,治疗痰浊与肝火郁结的瘰疬、瘿瘤、乳痈;抗腺癌,治疗肝火痰郁的淋巴肿瘤、纵隔肿瘤。

51. 金钱草利肝湿

"金钱草"为过路黄的全草。归肝胆肾膀胱经,其功在于清利肝胆湿热,有两个药效:一是促进胆汁分泌,利胆退黄并排石,用治黄疸肝炎、胆囊炎、胆结石;二是利尿通淋,清热消肿,特别能使尿液变成酸性而把结石溶化为泥砂而排石,用治肾膀胱结石,泌尿系感染,肾炎水肿,疮痈肿毒,毒蛇咬伤(也可以鲜汁外敷)。金钱草药性平和,用量可大 15~60g。

52. 山楂消食、活血又降脂

"山楂"《新修本草》异名"赤瓜实"。其功效有三个:一是消食,所含的介酯酶促进酯肪类食物的消化而且增加胃中酶类的分泌,有助于消化健胃,尤其消肉类油腻的食积和小儿伤乳;二是破气散瘀,收缩子宫,适于血滞瘀阻证如经闭痛经,产后腹痛,恶露不尽,疝气坠痛;三是强心,降压,降脂,扩张冠脉,增加冠脉流量,保护缺血心肌,降低心肌耗氧量。治疗瘀血食积证的冠心病、高血压、高血脂。

山楂的药效作用主要在于其所含的黄酮类和介酯酶,均怕受热,故生山楂含量最高,药效最佳。炒山楂含量降低,专用于脾虚食滞的腹泻。焦山楂和山楂炭含量最少,但有抗痢疾杆菌作用,用治菌痢和血积癥瘕。

张锡纯特别推荐山楂的药用,其在《医学衷中参西录》中云:"山楂,味至酸微甘,性平。皮赤肉红黄,故善入血分而化瘀血之要药。能除痃癖癥瘕、女子月闭、产后瘀血作痛。其化瘀之力更蠲除肠中瘀滞;下痢脓血,且兼入气分以开气郁痰结,疗心腹疼痛。若以甘药佐之,化瘀血而不伤新血,开郁气而不伤正气,其性尤为和平也。"

53. 神曲消食和胃又理气

"神曲"由白面、杏仁、赤小豆、青蒿、苍耳、红蓼六味混合拌匀,发酵而成,故又名"六

神曲”。其效有二：一是消食健胃，富含酵母菌和B族维生素，专治食积不化，消化不良，食纳不振，脘胀泻痢，尤消谷积；二是理气健脾，除痰饮逆气。正如《本草求真》所云：“神曲甘辛气温，其性六味为一，故能散气调中，温胃化痰，逐水消滞，小儿补脾，医多用此以为调治，盖取辛不甚散，甘不甚壅，温不见燥也。”神曲生用和胃消食，辛散健脾，理气散滞；炒用健脾和胃消食之力增强，发散作用减弱。焦神曲消食止泻力加大。

54. 麦芽平缓消导

“麦芽”味甘性平，专归脾胃经，为平缓消导药。行气消食，专治米面薯芋果食积滞，及小儿食滞吐乳。其药效成分主要是各种消化酶，特别是淀粉酶。麦芽碱类还有抗真菌作用。

麦芽对乳腺分泌有双向调节作用，生用小量(10～15g)有催乳通乳作用，可治乳汁郁积，乳房胀痛；**熟用大量(30g以上)则有回乳消胀之功。**炒麦芽、焦麦芽还可增强健胃消导，行气消积作用。临床消导多用焦麦芽。

55. 鸡内金消食怕热

“鸡内金”有三个药效：一是健脾消食，特别适合脾虚停食证，小儿疳积证；二是涩精止遗，专治遗精遗尿；三是消癥化石，用于泌尿系结石，胆结石和癥瘕闭经。

鸡内金的药效主要是所含的胃激素、酵母酶所起的作用，能促进胃液分泌及酸度增加，胃蠕动加快，排空加速。但这些**成分易受高热破坏**，特别用于消食时，应以生用为佳，最好研粉冲服，如以煎服用量宜增大，用到30g以上。

56. 莱菔子降压不破气

“莱菔子”历代均知其有两个功效：消食除胀力宏，用治食积气滞，胸满闷胀，嗳气吞酸，泻痢不畅；祛痰降气力专，用治痰浊壅盛，喘息咳嗽实证。

莱菔子所含芥子碱有明显的降压作用，且效果稳定，是治疗高血压的效药。

古训云：“服补药者忌之。”(清·严西亭等纂《得配本草》)以为莱菔子破气行滞而忌之，然莱菔子行气而不破气，气虚引起的虚胀虚喘证在人参等补气药中如佐入少量的莱菔子(10g以下)，补而不滞，反而提高疗效。《本草新编》中有云：“或问萝卜子专解人参，一用萝卜子则人参无益矣。此不知萝卜子而并不知人参者也。人参得萝卜子，其功更神，盖人参补气，骤服气必难受，非止喘胀之症为然，得萝卜子以行其补中之利气，则气平而易受，是萝卜子平气之有余，非损气之不足，实制人参以平其气，非制人参以伤其气。”

近人张锡纯在《医学衷中参西录》中也有概述：“莱菔子生用味微辛，性平，炒用气香

性温。其力能升能降,生用则升多于降,炒用则降多于升。取其升气化痰宜生用者,取其降气消食宜炒用者。究之,无论或生或炒,皆能顺气开郁,消胀除满,此乃化气之品,非破气之品。而医者多谓其能破气,不宜多服、久服,殊非确当之论。盖凡理气之药,单服久服,未有不伤气者,而莱菔子炒熟为末,每饭后移时服钱许,借以消食顺气,转不伤气,因其能多进饮食,气分自得其养也。若用以除满开郁而以参、芪、术诸药佐之,虽多服久服,亦何至伤气分乎。"因此**莱菔子应注意其降压之新用,且不破气之特点,与参芪之类同用无妨矣。**

57. 钩藤降压应后下

"钩藤",《全国中草药汇编》异名"倒挂刺"、"鹰爪风"。其熄风止痉作用明显,为惊痫抽搐的要药。近来发现其有明显的降压效应,而且能改善血液动力学,抗心律失常,抑制血小板聚集和抗血栓形成,故普遍用治高血压。心血管病属肝火、肝阳上亢者。其**降压成分为钩藤碱,怕热,不宜久煎,**最好后下取效。《本草汇言》云:"钩藤,久煎便无力,俟他药煎熟十余沸,投入即起,颇得力也。去梗纯用嫩勾,功力十倍。"

58. 苡仁化湿要生用

"苡仁"始载于《神农本草经》,异名"解蠡",又名"薏苡仁"。健脾利尿,清热利湿。凡小便不利,尿频尿痛,水肿喘急,湿温初起,暑湿在气,苔腻脉滑者,都可投苡仁。其有镇痛,抑制骨骼肌收缩而除痹,用治湿阻肌表经络的风湿痹痛,四肢拘挛证。其有解毒排脓抗肿瘤,抑制癌细胞作用,可治肺痈、肠痈、癌症,特别是肺癌、肠癌。

苡仁药性平和,用量可大,以60～90g为宜。用汤剂煎2汁,煮食苡仁成粥服用,其效更佳。**苡仁的功效以化湿为主,生用最宜,**炒苡仁仅用于脾虚泄泻。

59. 泽泻利湿又降脂

"泽泻"始载于《神农本草经》,异名"芒芋",《本草纲目》异名"禹孙"。因产地不同又名"建泽泻"和"川泽泻"。泽泻的功效有三个:一是显著利尿,增加尿量及尿素、氯化物的排量,对肾炎肾功能差者更宜。还能清热渗湿,专治下焦湿热的淋漓尿闭,淋病热痛,带下阴痒,苔腻脉滑。还能"补中有泻",如《本草纲目》所言:"仲景地黄丸,用茯苓、泽泻者,乃取其泻膀胱之邪气,非引接也。古人用补药,必兼泻邪,邪去则补药得力,一辟一阖,此乃玄妙,后世不知此理,专一于补,所以久服,必至偏胜之害也。"泽泻还能祛痰渗饮,专治痰饮眩晕。二是抑制血中胆固醇生成,缓和动脉粥样硬化,抗脂肪肝,降血压,用治高脂血症,高血压,脂肪肝。三是降血糖,是糖尿病效药。

泽泻生用以利尿渗湿,泄热通淋为主;盐炒滋阴入肾,增强泄热利水作用;麸炒缓和

药性，偏于醒脾渗湿，祛痰除湿，用治泄泻眩晕。

60．车前草优于车前子

车前初以种子入药，始载于《神农本草经》，异名“当道”，《名医别录》起并用叶及根，药用全草。车前草有显著利尿作用，同时增加尿素尿酸，氯化物排量，且有清热通淋功效。凡小便不利，淋沥涩痛，热结膀胱，湿热下利诸证均可用之。其还具有解毒止血作用，热毒疮肿，血热妄行，咽痛目赤，投之有效。**车前子有止咳祛痰作用，**治疗肺热咳痰，其子细小，必须包煎，以免碍喉。

车前草包含车前子，效用较子更全面，而且不必包煎，药性平和，可以重用(30g 以上)，如鲜者倍量，取汁兑服，效果更佳。

61．白花蛇舌草清热利尿不伤胃

“白花蛇舌草”系唇形科多年生甘草本植物半枝莲的全草，又名“狭叶韩信草”，《全国中草药汇编》异名“尖刀草”。医者只知其有解毒抗癌作用而用于各类癌症和疮疖肿毒、咽肿肠痈以及毒蛇咬伤。

白花蛇舌草还能清热利尿，用于热淋尿少和利尿排邪。其性虽寒但不伤胃，可以重用 30g 以上，应当视作一味利尿排邪的良药。

62．茵陈清热利湿要后下

茵陈又名“茵陈蒿”、“锦茵陈”，异名“马先”。含绿原酸等，增加胆汁分泌而利胆退黄，清热利湿，治疗湿热黄疸主药，还用于肝炎、胆囊炎、胆结石、胆道蛔虫症等。

茵陈利尿降压、降血脂、抗凝血，又可解热镇痛，治疗高血压、高脂血症、风湿热、不明原因低热均有效。

茵陈燥湿止痒，可治湿疹、湿疮、皮肤瘙痒症。

茵陈质轻，活性成分为挥发油，不能久煎。有的医者用量偏大，使煎煮不便，久煎又减效，故提倡茵陈后下，用量 15g 以内即可奏效。

63．石韦升血象防伤肾

“石韦”有两个功效：一是利水通淋，凉血止血，用治膀胱湿热所致的热淋、血淋、石淋，对肾炎、肾盂肾炎，消除症状，改善肾功能均有效，也可止血热妄行的出血证(一般用小叶石韦)；二是清肺祛痰，用治痰热咳喘，还对金葡菌，溶血性链球菌，炭疽、白喉、大肠杆菌有抑制作用，抗甲型流感病毒和单纯疱疹病毒，还抗钩端螺旋体(一般用大叶石

韦)。

石韦还能提升血象,特别是放化疗后的白细胞下降,伍用鸡血藤其效增强。但石韦的通淋利水之力易伤肾阴,故肾阴亏损,阴虚内热者要慎用,《得配本草》有戒:"真阴虚者禁用。"

64. 海藻软坚治肾炎

"海藻"始载于《神农本草经》,异名"落首"。消痰软坚作用明显,是治疗瘿瘤、瘰疬的主药。其所含的褐藻酸有明显的降压作用,有肝素样抗凝血作用,且能降血脂,减轻动脉硬化。用其利水退肿的功效治疗肾炎,既可减轻症状,消退浮肿,又能改善肾功能,特别见苔腻的肾炎,合并高血压、高血脂者更为适宜。

65. 蛤壳化痰除苔腻

"蛤壳"又名"海蛤壳",系文蛤和青蛤的贝壳,性味咸寒,归肺胃两经,富含碳酸钙。有清肺化痰的功效,专治肺热痰黏、痰火咳喘。海蛤还有软坚散结之力,用于瘿瘤、瘰疬、痰核外,可除苔腻,祛无形的顽痰。**炒用制酸止痛又补钙**。外敷则敛疮收口,可治疗臁疮湿疹。

66. 慈姑散结消肿块

"慈姑"有3个品种。产于云南丽江,百合科多年生甘草本植物山慈姑的鳞茎叫"**山慈姑**"。百合科多年生纤弱草本植物老鸦瓣的鳞茎叫"**光慈姑**"。兰科多年生甘草本植物杜鹃兰或独蒜兰的假球茎叫"**毛慈姑**"。临床多用山慈姑和光慈姑,均含秋水仙碱,抑制细胞核的有丝分裂而有抗肿瘤作用,可以解毒散结而消肿块,特别对乳腺增生、甲状腺瘤、子宫肌瘤、卵巢囊肿、乳腺癌、鼻咽癌、肺癌、食道癌、宫颈癌、皮肤癌等有效。有小毒,特别对肝肾的损伤,煎剂用5~10g,可少量制成散剂,每天1g以内。

67. 黄连止心悸

"黄连"别名"雅连"、"川连",最佳者称"鸡爪黄连"。历来用连,注重其清热泻火,燥湿解毒,尤清心火,多治热入心经,烦热神昏,失眠梦多,目赤肿痛,湿热痞吐,腹痛泻痢,口疮疔毒和血热妄行证,为实热邪火的主药。近代发现其有广谱抗菌作用,杆菌、球菌均可抑制而用于各种感染,又有抗病毒、抗结核、抗阿米巴原虫和阴道滴虫的功效。**惟独忽视其对心血管的效应**。其所含小檗碱(黄连素)有较强的正性肌力作用,增加冠脉流量,保护心肌缺血,缩小心梗面积,降低心肌耗氧量,又可抗心律失常和降血压,治疗

心血管病有特效，特别能止心悸，**临证要重视并开发其止悸的效应。**

生黄连清心火，解热毒，善治热病壮热，湿热蕴蒸和热毒炽盛证；酒黄连专清上焦头目之火，头痛，目赤肿痛者宜之；姜黄连清中焦之火，善治胃热呕吐；芋黄连可清气分湿热，善散肝胆郁火，用于肝火犯胃，脘痛泛酸；胆黄连专清肝胆实火；炒黄连则寒性缓和，不伤脾阳；黄连炭则偏于清热止血。虽然各种方法炮制后小蘖碱的含量均有不同程度的降低，以黄连炭最低，但其水煎的溶出率却均比生品高且可抑制生品没有作用的铜绿假单胞菌。

68. 黄芩除湿疹

"黄芩"始载于《神农本草经》，异名"腐肠"。历来用芩，注重清热燥湿，泻火解毒，止血安胎，尤清肺火，多治肺热咳喘，烦热不退，湿热下注，血热妄行，胎动不安，疮痈火毒诸证。近代发现其含黄芩苷，有解热退黄、利尿降压、抗菌、抗病毒、降血脂、抗血小板聚集作用，扩大了应用范围。

黄芩除湿疹的功效却常常被疏忽。"肺主皮毛"，黄芩清肺火，利小便的作用十分切合治疗皮肤湿疹，搔痒流水。如配制大黄、桑白皮则疗效更佳。

体轻虚者为"枯芩"，又称"片芩"，善清肺火；体重实者为"子芩"，又称"条芩"，善泻大肠热；酒芩清上焦之火；猪胆汁炒清肝胆实火；黄芩炭用于止血。除湿疹以枯芩为最佳，其次为条芩。

69. 黄柏停梦遗

"黄柏"原名"檗木"，又称"卷柏"、"川柏"。历来用柏，注重其清热燥湿，专泻肾火而治骨蒸劳热，淋证带下，肠炎泻痢和湿毒疮疡。近代发现其所含的小蘖碱、黄柏碱等同黄连一样有广谱抗菌作用，又能促进胆汁分泌而利胆退黄、降血压、降血糖、降血沉，并保护血小板不易破碎而止血，扩大了黄柏的应用范围。

临床应用黄柏退虚热，制相火而滋肾阴之功，对阴虚内热、相火妄动的梦遗滑泄有特效。

黄柏生用降实火，盐柏清虚火、制相火，黄柏炭功专止血。

70. 知母降血糖

"知母"，《名医别录》异名"苦心"，《新修本草》异名"昌支"。既清泻肺胃实火，又滋养肺肾之阴。以其泻火除烦之力，用于气分实证；以其清肺润燥之力，用于肺热咳喘和阴虚燥咳；以其滋阴降火之力，用治阴虚火旺证。

知母所含皂苷，有明显的降血糖作用，加之其清火滋阴的功效，对糖尿病患者既能

消除阴虚燥热的“三多症”(多饮、多食、多尿),又可降低血糖,是控制糖尿病的效药,可伍生石膏清热,配生地滋阴。

麸炒知母缓和润滑之性,脾胃虚弱便溏者也可用之。盐知母增强益肾滋阴、清降相火之效。

71. 栀子通便秘

“栀子”始载于《神农本草经》,异名“木丹”,《名医别录》异名“越桃”。清泻三焦之火而除烦,清热利湿而退黄,广谱抗菌而解毒,凉血明目而止血。善治热病心烦,郁闷失眠,以及火毒炽盛,高热烦躁,神昏谵语。也治湿热黄疸,胆囊炎,血热妄行,肝热目赤,头痛口疮,淋证血痢,外敷疮疡肿毒,扭伤肿痛。

栀子所含都桷子苷和去乙酰东叶草苷酸甲脂,均有明显导泻作用,为通便秘,尤其是郁火实热、便结难行更为适宜。生栀子清热降火,除烦利尿;炒栀子缓和药性,偏于凉血解毒;姜栀子加强除烦止呕;焦栀子凉血止血;栀子炭收敛止血。

72. 苦参宁悸伤脾肾

“苦参”有两个功效:清热燥湿,利尿通淋。用治湿热黄疸,尿路感染,泻痢白带,阴道滴虫;祛风杀虫,用治皮肤搔痒,脓疮疥癣。

苦参所含苦参碱有明显的正性肌力作用,可**抗心律失常**,保护心肌缺血,增加冠脉流量,扩张血管而降压,这些心血管效应使苦参成为“宁悸”良药,临证不可忽视。

苦参性味苦寒且有燥性,**久用多服可以伤胃损脾害肾**,影响食纳,加重便溏,导致腰痛。正如《本草正义》所论:“大苦大寒之物,其性又必大燥,过用无不伤脾损肾。”临床用量10g以内。

73. 公英消炎可健胃

“公英”始载于《新修本草》,原名“蒲公英”。《本草纲目》异名“黄花地丁”、“狗奶草”。公英对金葡菌、溶血性链球菌有较强的杀菌作用,**是清热解毒,消痈散结的主药,**专治急性感染性热病、疔毒痈肿,也可鲜品外敷解毒。也有利湿作用,用于湿热黄疸和小便淋沥涩痛。公英有降酶退黄功效,可治各类肝炎。可**疏通阻塞的乳腺管**,治疗乳痈、乳块、乳癌。

公英虽属苦寒,但其所含的公英甾醇、蒲公英素等生物碱**对幽门螺旋杆菌有良好的杀灭作用,保护胃黏膜,抗胃溃疡**而具健胃功效,对各类胃炎、溃疡病有奇效。陈士铎十分推崇蒲公英,其在《本草新编》中有云:“蒲公英亦泻胃火之药,但其气甚平,既能泻火,又不损土,可以长服久服而无碍。”

74．草决明润肠良药

“草决明”又名“决明子”。明·虞抟撰《医学正传》异名“还瞳子”。其功效清肝明目，益肾利水，为肝热目赤目盲的主药。药理证实有**降血脂，降血压，抗血小板聚集**，可用治高血压、高血脂、高血凝而属水不涵木证，又治小便不利的胸腹积水症。常以炒用。

草决明所含大黄酚、大黄素等有缓泻作用，而且**促进胃液分泌**。常以生用30g，系润肠良药，可治各类便秘便干证，尤宜于热结津亏者。

75．海参肠治痫奇药

“海参肠”系刺参科动物梅花参、光参腹内的沙肠。食用海参时常常弃之，取出洗净沙子，焙干或阴干，配入汤剂。用干海参肠5g，研为细末，装入胶囊，每次吞服1.5g，每天2次，用石菖蒲15g煎水送服，效果更佳。

海参肠性味咸平，富含蛋白质和钙、磷，有养血润燥，祛痰透窍的功效。癫痫多因痰蒙心窍而发作，祛痰透窍通便是治痫主要法则，海参肠之功效正切痫病之理，投服有奇效。

76．葛根强心

“葛根”始载于《神农本草经》，异名“鸡齐根”，又名“粉葛”、“干葛”。葛根有四个药效：发表退热，解肌透疹，缓解肌肉痉挛，最适于外感发热的头顶项背强痛，麻疹不畅；清热生津，降血糖，用于热病口渴和消渴病；改善脑循环，降血压，尤能改善高血压引起的头痛，头晕，耳鸣，肢麻症状；升阳止泻，用治肠炎，痢疾，发热泄下，常用煨葛根。

葛根所含葛根素（黄酮类）有明显的心血管效应：减慢心率，增加每搏量，降低心肌耗氧量，改善心肌氧代谢，提高心肌工作效率。缓解冠脉痉挛，增加冠脉流量，保护心肌缺血。增加缺血区心肌的局部血流量，缩小心梗范围，抗心律失常。扩张血管，改善微循环。抗血小板聚集，降血脂，促进动脉内皮细胞修复，防止血栓形成。可见葛根治疗心血管病的多效性，故应重视其强心作用。目前已有“葛根素注射液”面市，及单味葛根制剂“愈风宁心片”，更便于临床应用。

77．芦根清肺

“芦根”，《千金方》别称“苇茎”，又名“活芦根”、“苇子根”。性味甘寒，清热生津，为热病伤津要药；又能止呕利尿，用治胃热呕逆，热淋尿赤；鲜芦根还可透疹，解鱼虾毒。

临床应用**芦根重在其清肺效应，有排脓祛痰抗癌作用，为肺痈、肺痿、肺癌的主药，**

其归肺膀胱经，清肺而利尿，清泄之力十分适合肺有壅热，用量可大 15～30g，鲜者倍量，取汁兑服，其效更著。《本草求真》云："芦根，治无他奇，惟清肺降火是其所能。"近人张锡纯在《医学衷中参西录》中讲得更为贴切："芦根，其性凉能清肺热，中空能理肺气，而又味甘多液，更善滋阴养肺。"

78. 青蒿退热须后下

"青蒿"退热范围甚广，主要是疟疾发热，其有明显的解热作用，而且抑制疟原虫的发育，是疟疾特别是恶性疟疾的特效药；又退虚热，尤其热病后期，低热持续或者阴虚劳热，骨蒸潮热均有佳效；兼清暑热，对难退的湿温、暑湿发热也能奏效，此时以鲜品取汁兑服更宜之。

青蒿退热的主要成分是青蒿素，为挥发油，不能久煎，宜另泡后下，方能保持药效。

79. 五加类选用

五加类有三种："北五加皮"又名"杠柳皮"、"香加皮"，《救荒本草》异名"羊桃"。其所含北五加皮苷系强心苷，有毒毛旋花子 K 样作用，**具有显著的强心作用**，而且能升血压，又能利水消肿，特别适于心力衰竭。但**其毒性也明显**，轻者有胃肠道反应，重者有严重的心律失常，类似于洋地黄中毒。用量不超过 5g。

"南五加皮"又名"红五加皮"，有抗炎镇痛作用，祛风湿，补肝肾，活血脉，为强壮性祛风湿药，尤宜于老人、体虚者的风寒湿痹和腰膝痠软，筋脉拘挛，步履乏力。还有利尿祛湿作用，治疗小便不利，水肿湿阻。外用燥湿止痒，专治阴囊湿疹，妇女阴痒和皮肤搔痒。南五加皮无毒，可以入汤剂。

"刺五加"，又名"刺拐棒"、"红毛五加"，为**一味不亚于人参的强壮药**。可以抗应激，抗衰老，益智健脑，增强机体抗病能力，促诱生干扰素，对血压有双向调节作用，兴奋性腺和肾上腺，加速体内糖原形成而降血糖。抑制肿瘤细胞转移性扩散，减轻放化疗毒性，升白细胞。改善心功能，增加心肌营养血流量，抗血小板聚集等。刺五加价廉效佳，常以其益气固本，健脾补肾之力作**为人参的替代品**。

80. 菊花类巧用

"菊花"始载于《神农本草经》，异名"节华"，《名医别录》异名"更生"，《本草纲目》异名"金蕊"。菊花分三类：

"黄菊花"，又名"杭菊花"，**善清上焦风热**，散风退热，为外感风热的主药，且有抗菌作用，明显抑制大肠杆菌、金葡菌、溶血性链球菌。

"白菊花"，又名"滁菊花"，**善泻肝火，清肝热**，故可平肝明目又降压，用于肝热、肝

阳、肝火上攻的眩晕头痛、目赤且糊，对高血压既降血压又改善症状。

“野菊花”，又名“岩香菊”，**解毒消肿，降压强心**，用治疮毒、高血压、心脏病。野菊花清热解毒之力大于黄菊花，专治痈疽疖疔、咽喉肿痛，但平肝明目作用不如白菊花。扩张外周血管、降压作用优于白菊花。野菊花还有两个专长：即对心血管的效应，改善血流动力学，抗心肌缺血，减慢心率，明显降低心肌耗氧量，增加冠脉流量，抗血小板聚集；治疗盆腔炎、前列腺炎有特效。

81. 竹子类分用

竹子几乎全可药用。

“淡竹叶”，有解热除烦作用，治疗热病心烦口渴；有清心利尿作用，特别增加氯化物的排量，治疗小便短赤，口舌生疮，可导邪泄出。

“竹叶卷心”，系苦竹初出之卷状嫩叶，清心为主，专治疗热病神昏。

“竹茹”，系淡竹茎去外皮后刮下的中层纤维。《金匮要略》别名“竹皮”，又称“麻巴”。既清肺祛痰，治肺热痰火，咳痰黏稠，胸闷失眠，心烦惊悸，又清胃止呕，治胃热呕吐，妊娠恶阻（姜竹茹为佳），又能凉血安胎，治血热妄行、胎漏不安。

“竹沥”，系鲜淡竹火烤沥出的液汁，又名“竹油”。豁痰镇静，专清心、肺、胃之火，其效优于竹茹，可治热病神昏，中风痰壅，昏迷不语，惊痫癫狂，痰热咳喘，小儿惊风抽搐。现有瓶装竹沥水，每次 20ml 兑服。

“天竹黄”，系寄生的竹黄蜂咬洞后，于竹节间贮积的伤流液，干涸凝结而成的块状物，或火烧竹子、竹沥溢在竹节间凝固而成，又名“竹黄”、“竹膏”。除清热祛痰外，主要能清心定惊，专治痰热惊草，抽搐强直，中风痰壅，痰热咳喘。可研粉吞服 1g。其功效同于竹沥。正如《本草汇言》所论：“竹沥性速，直通经络而有寒滑之功；竹黄性缓，清空解热而更有定惊安神之妙。”

82. 蛇床子并非仅仅燥湿止痒

《本草纲目》云：“蛇虺喜卧于下食其子，故有蛇床、蛇粟诸名。其叶似蘼芜，故名墙蘼。”《名医别录》又名“枣棘”、“思益”。

蛇床子有良好的抗真菌、抗病毒、抗滴虫作用，所谓燥湿杀虫，祛风止痒。而治阴囊湿疹，白带阴痒，疮癣搔痒，并能减少炎性分泌物。内服外用均可。

蛇床子还有 2 个重要功效：有雄性激素样作用，并可延缓衰老，是温肾壮阳的良药，用治肾亏阳痿，宫寒不孕；有抗心律失常作用，类似钙离子拮抗剂，用于冠心病，心律失常。蛇床子虽不如仙茅之温燥，但也不宜用于湿热下注，阴虚火动者。其所含蛇床子素有抑制心脏作用，对心功能差者要慎用。有时服后有舌麻感，用量控制在 10g 以下，久煎半小时，麻感消失，不影响药效。

83. 益母草不只用于妇科

“益母草”《青海药材》称“坤草”，始载于《神农本草经》，异名“茺蔚”。《本草纲目》异名“猪麻”。其所含益母草碱，对子宫有明显的兴奋作用，使子宫紧张度、收缩力增强，频率加快而活血祛瘀成为妇科要药，善治血滞经闭、经前腹痛、难产胞衣不下、产后瘀痛和瘀阻癥瘕。

益母草还是内外骨伤科良药。其有明显的利尿消肿作用，治疗肾炎水肿。显著增加冠脉流量及减慢心率，改善心功能，对抗心肌缺血，缩小心梗范围，抗血小板聚集，抗血栓形成，治疗心血管疾病，如冠心病、高血黏症等。有清热解毒作用，治疗疮疡肿毒、皮肤痒疹。有散瘀止痛作用，治疗跌打损伤、瘀血肿痛。

益母草子称“茺蔚子”，功同益母草，作用更明显，且可清肝明目，用治肝火目赤、生翳肿痛。益母草功效较广泛，特别是妇科经带胎产主药，但不宜滥用。明·张介宾在《本草正》中有戒：“益母草性滑而利，善调妇人胎产诸证，故有益母之号。然惟血热血滞及胎产艰涩者宜之。若血气素虚兼寒及滑陷不固者皆非所宜，不得以其益母之名，谓妇人所必用也。盖用其滑利之性则可，求其补益之功则未也。”

84. 老鹳草专疗腰痛肢麻

“老鹳草”又名“斗牛儿苗”、“五叶草”。所含槲皮素，可加强肾上腺皮质功能而显著抑制关节炎，有祛风湿，舒筋络，活血脉作用，**为风湿痹证的要药**，特别对腰痛骨楚，肢体麻木有效。配伍鸡血藤可以增效。老鹳草还含鞣质，有清热利湿止泻作用，治疗湿热泻痢也有效。其性平和，用量可大 10～30g。

85. 伸筋草缓解肌肉紧张

“伸筋草”又名“石松”、“玉柏”、“灯笼草”。为祛风湿要药，它的特点是舒筋活络，缓解肌肉紧张，最适于风湿痹证而见筋脉拘急，屈伸不利，双足转筋，肌肉挛急。跌打损伤，带状疱疹时也可投用，炒炭存性，配合外敷消炎止痛作用更加明显。

86. 苍耳子生用有毒

“苍耳子”有三种药效：疏散风寒，通利鼻窍，用治外感风寒，头痛鼻塞，鼻渊流涕；祛风除湿，温经止痛，用治风湿痹证，四肢拘挛；祛风止痒，杀虫祛湿，用治皮肤湿疹，瘙痒难忍，风疹疥疮。

苍耳子所含苍耳苷有毒，果实最毒，鲜叶比干叶毒，嫩枝比老枝毒。中毒症状一般

在2天内出现，轻者全身乏力，精神不振，上腹胀闷，纳呆呕恶，腹痛腹泻，继则头晕头痛，烦躁不安。重者肝脏损害，黄疸出血，昏迷惊厥，呼吸、循环及肾衰竭而死亡。故苍耳子生用有毒，必须炒用，且要限量，用10g以内。

87. 酸枣仁生用兴奋

“酸枣仁”性味甘酸，归心肝二经，养心阴，益肝血而宁心神，**为滋补性安神要药**，有较佳的镇静催眠功效，善治心肝血亏所致的失眠惊悸，也治阴虚阳亢的虚烦失眠。酸枣仁酸以敛汗，生津并能降压，治疗自汗、盗汗、口渴、遗精、高血压均有效。虚汗而兼心烦失眠口渴梦遗者更宜，须炒用，打碎入药。

生枣仁作用相反，有兴奋作用，专治嗜睡症。诚如清·张璐纂《本经逢源》所述：“酸枣仁，熟则收敛精液，故疗胆虚不得眠，烦渴盗汗之证；生则导虚热，故疗胆热好眠，神昏倦怠之证。”

88. 五倍子降糖涩胃

“五倍子”系寄生于盐肤木叶上的虫瘿。富含鞣质，为收涩性止泻药，其性味酸涩，更兼敛肺，止汗，固精，止血，用治肺虚久咳，肺热痰嗽，自汗盗汗，遗精白浊，脱肛血证，且有杀灭精子作用，避孕时可用。

五倍子《本草图经》认定：“生津液最佳”，《本草纲目》认为可治“消渴”，《太平惠民和剂局方》更有秘传“玉锁丹”，合云苓、生龙骨，有的医院内分泌科用治糖尿病，有效率87%，故**五倍子新用有降糖止渴作用，但其性寒涩，过量涩胃**，脘部不适，烧心嘈杂。用量在10g以下或研末装入肠溶胶囊中吞服，则可加大剂量，每次可吞3g，则降糖作用更为明显而涩胃之性大为降低。

89. 甘草绝非“国老”

“甘草”始载于《神农本草经》，异名“美草”、“粉草”，又名“国老”，以其调和诸药，解百药之毒而为上品。古时用甘草有两个功效：一是补脾润肺，补中益气，蜜炙后用；一是清火解毒，缓急止痛，可以生用。近代发现甘草有祛痰止咳，抗结核，抗肝损，治肝炎、白喉，解河豚中毒和蛇毒，并治痈疽疮疡、咽喉肿痛。其含“甘草酸”，还可试治艾滋病。

但甘草决非“国老”，其所含**甘草次酸有肾上腺皮质激素样作用，促进体内水及钠盐的潴留和钾盐的排泄，可以升高血压、引发水肿、丢失钾盐，对心肾病无益。**甘草味甘，又可助湿满中，引发和加重食欲不振。故《本草新编》中有戒：“夫甘草国老也，其味甘，甘宜于脾胃，然脾胃过受其甘，则宽缓之性生，水谷入之，必不迅予传导而或至于停积瘀滞，夫水谷宜速化者也，宜速化而不速化则传于各脏腑，未免少失其精华，而各脏腑因之

而不受其益者有之。世人皆谓甘草有益而无损，谁知其益多，而损亦有之乎，知其益而防其损可矣。"余用甘草，其炙者之效，参芪术可代之，生者之用仅限于火盛之尿痛，投生甘草梢止痛甚验，或用之于解毒。总之非"国老"而屡投，应慎用为妥。

90. 生牡蛎软坚祛痰

"牡蛎"富含钙质，生用滋阴退热，潜阳镇惊，软坚散结，治疗阴虚潮热、水不涵木、瘰疬痰核诸证。煅用固涩制酸，专治自汗盗汗、遗精崩带、胃酸佝偻。

李时珍在《本草纲目》中十分推荐牡蛎的"化痰软坚，清热除湿"功效。牡蛎其性咸寒，最宜化顽痰壅热，凡苔腻而黄者，无论痰之有形无形，投以生牡蛎均有祛痰除腻之良效，可以重用 30g，现今市售均已研碎，故不必先煎也。

91. 生龙骨宁神止悸

"龙骨"系动物骨骼的化石。富含磷酸钙，碳酸钙。功专镇惊宁神，潜阳止悸，治疗阴虚阳亢的眩晕痉厥，心神不宁的惊悸失眠，其所**含钙质可以降低骨骼肌的兴奋性，对惊痫癫狂有镇静作用**。"龙齿"系动物齿的化石，其重镇宁神作用更专，且无煅龙骨的收敛固涩之效。龙骨、龙齿目前均已研碎，不必先煎，用量 15～30g。

92. 珍珠母平肝降压

"珍珠母"为蚌类动物的贝壳。性味咸寒，归入肝心二经，既平肝潜阳，又清肝明目，对肝阳上亢，水不涵木的头痛眩晕，目赤耳鸣，烦躁失眠，苔薄黄，舌质红，脉细数诸证有特效。对于高血压有上述证候者更效，既可降低血压，又能改善症状，一举两得。可用 30～60g 同煎，因已研碎，不必先煎。

93. 白鲜皮止痒消斑

"白鲜皮"性味苦寒，有清热利湿，解毒退黄，祛风止痒作用，治疗黄疸着痹，湿热疮毒，风疹疥癣，特别能止皮肤搔痒。对皮肤真菌有良好的抑制作用。

白鲜皮色白，且归肺经。肺主皮毛，**治疗黄褐斑，雀斑有效**。内服外敷兼施更佳。可以研末茶水或黄瓜汁调敷患处，晚敷晨洗或汤剂再煎 3 汁凉敷。白鲜皮苦寒伤胃，用量应限于 10g 以内。

94. 大黄不在通便在泻热

"大黄"始载于《神农本草经》，又名"将军"，《本草纲目》异名"锦纹"。其所**含"大黄**

素"有明显的导泻作用,成为苦寒攻下要药,因怕热宜生用后下。又**含大量鞣质,有涩肠作用**,能致便秘。临床上用大黄攻下,多见泻后反秘,且生大黄过量有头痛、呕恶、腹部绞痛的副作用,故临床用大黄不在通便而在泻热,常投"制军"不必生用后下。

制大黄善于荡涤胃肠实热,泻火凉血,行瘀破积,用治阑尾炎,肠梗阻,瘀血经闭结块,跌打损伤,血热血瘀,诸般血证,均有良效。有利胆退黄保肝作用,治疗胆囊炎,肝炎,新生儿溶血性黄疸。有抗菌、抗真菌、抗病毒作用,可清热解毒,治疗热毒疮疡,水火烫伤。有抗胃及十二指肠溃疡作用,治疗溃疡病。此外还有降脂,利尿,抗肿瘤作用,故制大黄的泻热效应比较广泛。

大黄炮制后对蒽醌类成分如大黄素均有减量影响,而对鞣质影响较小,因此泻下作用虽然减弱,泻热作用便突出。酒大黄能引药上行,善清上焦实热。醋大黄增强消积化瘀之力,用治癥瘕积聚。大黄炭行瘀止血,用治血热有瘀的各种血证。

95. 麻黄不可妄投

"麻黄"始载于《神农本草经》,异名"龙沙"。其为辛温解表的主药。**生麻黄**含麻黄油,发汗力强,专治无汗表证。**蜜炙麻黄**发汗力减弱,但所含麻黄碱可缓解支气管痉挛而宣肺平喘,专治哮喘。**水炙**后所含假麻黄碱,有利尿作用而开鬼门,洁净府,专退头面浮肿。

麻黄碱有兴奋中枢神经,升高血压,并能抑制心脏,促进心衰,故麻黄不可妄投,尤其是高血压,心功能不全,多汗,失眠者必须慎用。麻黄也不宜过量,否则有中毒反应,可见头痛不安,失眠胸闷,大汗不止,心悸早搏,血压升高等。

麻黄根所含生物碱有明显的止汗降压作用,且无毒性,用治多汗,特别是高血压兼汗证最宜。

96. 防风不仅风药

"防风",《名医别录》异名"屏风",又名"百枝"、"山芹菜",为治风专药,有发汗退热,祛风解痉作用,善治感冒发热,破伤风。《神农本草经》赞为"主大风"。

防风不仅是风药,其有镇痛镇静作用,止头痛,风湿关节痛有良效;有散风止血作用,善治便血,崩漏,可以炒炭投用;有抗菌作用(金葡菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌,痢疾杆菌、皮肤真菌),用于疮疡初起,腹痛泄痢,风疹湿毒,皮肤搔痒,可以炒用。

97. 连翘不仅表药

"连翘"又名"空壳",是辛凉解表的主药。张锡纯十分推崇连翘,在《医学衷中参西录》中有所评价:"能透表解肌,清热逐风,又为治风热要药。且性能托毒外出,又为发表瘾疹要药。为其性凉而升浮,故又善治头目之疾,凡头痛、目痛、齿痛、鼻渊或流浊涕成

脑漏证，皆能主之。"可见连翘的功效较广，不仅表药。

连翘有广谱抗菌解毒作用，抗阴道滴虫、抗流感病毒，而且治瘰疬、结核。有解热清心作用，对急性热病合并烦躁神昏，热陷心包最佳，可用**"连翘心"**。连翘含有大量维生素K、维生素P，可增强毛细血管致密力，而且降血压，故治紫癜、高血压，并可预防中风。有镇吐作用，可对抗洋地黄、吗啡所致的呕吐。有利尿消炎作用，可治尿道炎、膀胱炎，心火移肠证。有强心作用，用于心衰最宜。**连翘又为疮家圣药**，用治疮疡疖肿等化脓性感染。

98. 金银花炭消炎力强

"金银花"始载于《名医别录》，又名"忍冬花"、"双花"，以花蕾入药。金银花所含绿原酸有广谱抗菌作用，革兰阳性菌、阴性菌、皮肤真菌都有明显的抑菌作用，而且解毒退热，轻宣疏散，为外感风热，温病热毒的要药。温病卫气营血各证，外科疮疡疖肿均可投用。近代发现其还有抗流感病毒的功效。

金银花炒炭其消炎解毒之力加强，且可凉血止痢，治疗热毒血痢、菌血症、败血症、急性扁桃体炎均有良效。

金银花的茎叶称"忍冬藤"，除具有银花的功效外兼清经络风湿热毒且能抗炎止痛，善治风湿热痹，关节红肿热痛，屈伸不利，血沉增快者更宜。可用30～60g。

99. 藿香鲜用力宏

"藿香"分"土藿香"、"广藿香"，两者功效相似，为芳香化湿要药，有三个效用：清暑正品，化湿而不燥热，夏令感冒，暑湿、湿温均为主药；止呕良药，无论寒湿、湿热均可投用，尤宜于痰浊食阻的苔腻呕吐和妊娠恶阻。又为止泻效药，呕吐腹泻，特别见水样便最为有效；湿困中焦，运化不健的胸脘痞闷，食少神疲，苔腻脉濡证有祛暑健运之力。藿香辛微温，归脾胃肺经，功专表散夏令感冒，祛除湿浊内阻，和中而解吐泻，但**其药效成分为挥发油，不能久煎，应当鲜用**，切碎后下则力宏，可用30～60g。

100. 生姜分类药用

"生姜"药用始载于《名医别录》。其所含挥发油增强血液循环而发汗散寒，温暖全身，兴奋精神，用治风寒表证；所含姜辣素刺激胃液分泌，促进肠道蠕动，助消化开胃口，增进食欲，温中止呕，用治胃寒呕吐、腹痛泄泻证；生姜还能止咳化痰，解南星、半夏及鱼虾毒，可以降脂，增加胆固醇大便排出量。但其大量挥发油可致口干喉痛，吸收后由肾脏排出，刺激诱发肾炎。古时以片计量，不够精确，应用10g以内为妥。

"姜汁"化痰止呕力大，专治呕吐不止。昏厥急救时可速灌10滴，也可局部擦肤治斑秃。

“姜皮”辛凉利水退肿，治小便不利，皮肤水肿，可用5g。

“干姜”系生姜晒干或烘干。其性辛热燥烈，专于温中散寒，通心回阳，治疗亡阳证，脾胃虚寒证，四逆厥冷，脉微欲绝或脘腹冷痛，吐泻食少，也治肺寒咳喘，痰多稀沫。

“炮姜”系干姜武火炒焦而成。专能温里并引药入血，作用温中止泻，温经止血。治疗里寒证的腹痛吐泻及出血证。

“煨姜”系生姜煨熟而成。其发表之力减弱，而温中止呕之力增强，专治胃寒腹痛、吐泻不止。故清·吴仪洛撰《本草从新》云：“煨姜和中止呕，用生姜惧其散，用干姜惧其燥，惟此略不燥散。”

101. 效药提要

常用百味妙药妙用已如上述，但有其共性之处，现按临证实用加以分类，提要如下。

(1) 辛温解表药

1) 作用机理：药性偏温，开腠理，宣肺气，使机体出汗或微汗以发散表邪而治感冒。

2) 应用指征：风寒外感，怕冷发热，头痛节楚，鼻塞清涕，喉痒稀痰，舌苔薄白，脉象浮紧。

3) 主要药物：麻黄、桂枝、荆芥、防风、藿香、生姜。

4) 应用注意：①发汗太过耗阳伤津，中病即止。自汗盗汗，热病后期，阴亏血证者尤当慎用。②表邪在上宜轻用清，方可解之，用量应小，一般10g以内，不宜久煎，煮沸后10分钟为好。

(2) 辛凉解表药

1) 作用机理：药性偏凉，清热退烧，发散表邪而治感冒。

2) 应用指征：风热外感，发热咽痛，汗出口渴，咳痰黄黏，舌苔薄黄，脉象浮数。

3) 主要药物：银花、连翘、桑叶、菊花、葛根、薄荷。

4) 应用注意：凉药过量伤胃，影响食欲。

轻清解表，用量要小，10g以内，不宜久煎。

(3) 祛风湿药

1) 作用机理：风寒湿邪或化热，侵入机体，致经络阻滞，气血闭塞，不通则痛，引发肢体关节疼痛，痠楚麻木，重着拘挛。本类药物通过祛风散寒，燥湿通络作用，调和气血，以达通则不痛的效应。

2) 应用指征：肢体关节痛著的寒痹；痛楚游走不定的行痹；麻木沉重的着痹；关节热痛肿胀的热痹。

3) 主要药物：桑枝、木瓜、五加皮、川断、桑寄生、老鹳草、伸筋草。

4）应用注意：①增强止痛之力，常伍温经通络的桂枝、鸡血藤、鹿角霜等。②久痹者宜配补气养血的生芪、当归等；配剔络的地龙、苏木等；配祛痰的法半夏、二陈等。③注意分部选药。上部选散风发汗的防风、羌活、生姜，引经的葛根、桑枝。下部选渗湿强筋的生杜仲、苡仁、川断，引经的川牛膝、木瓜、车前草。④本类药物大多辛散温燥，容易伤阴耗血，阴虚血亏者慎用。⑤祛风湿药一般无毒，剂量可大，用10～30g，奏效后宜作丸散剂或泡酒常服，以巩固疗效。

（4）利水渗湿药

1）作用机理：药性甘淡，通利小便，渗利水湿，促进体内水分的排泄，减少水分的蓄积，消除水湿所致的证候。

2）应用指征：小便不利，尿闭，尿淋的水肿，痰饮的喘满咳逆，黄疸尿赤，水泛湿疹，脾胃湿阻。

3）主要药物：茯苓、苡仁、泽泻、车前草、金钱草、茵陈、白花蛇舌草、石韦。

4）应用注意：①药性平和，用量可大，15～30g。②利尿易伤阴，阴虚者慎用。利尿多滑胎，孕妇慎用。③水湿停留责之于肺脾肾，故而重视配伍：宣肺宜选加桔梗、蝉衣、菖蒲、杏仁；健脾选加生芪、白术、扁豆衣；温肾选加桂枝、鹿角霜、制附片。④验尿异常可以选加：蛋白尿（苡仁、萆薢、萹蓄、玉米须）；尿白细胞（车前草、瞿麦、泽泻、赤小豆、萆薢、猪苓、滑石）；尿红细胞（小蓟、白茅根、仙鹤草、三七粉、石韦、瞿麦、猪苓）。

（5）祛寒温里药

1）作用机理：药性温热，既可散寒回阳，又能助阳温通，消散里寒，流通痹阻。

2）应用指征：①阳虚里寒的心腹冷痛，身凉肢冷，呕吐腹泻。②风寒闭阻的寒痹节痛，腰膝软弱。③痰饮水肿，宫寒痛经。④亡阳虚脱，冷汗脉微，苔白质淡。

3）主要药物：附子、干姜、良姜、肉桂。

4）应用注意：①药性温热燥烈，极易伤阴助火，阴虚阳亢，实火内热禁用，否则动血。②冬季量大10～15g，夏季量小5～10g。③大温大热，孕妇慎用。

（6）清热解毒药

1）作用机理：性寒凉，味苦或甘，清解里热，兼能降火燥湿，凉血解毒，以清气分、营分、血分之热，燥湿热，解热毒。

2）应用指征：①热在气分的大热烦渴，大汗目赤，苔黄脉大。②热入营血的高热心烦，神昏谵语，日轻夜重或发斑疹，血证及热毒血痢，苔黄质绛，脉数疾。③湿热所阻的烦热胸痞，黄疸，泻痢，苔腻脉滑。④热毒引发的痈肿疮毒，苔黄质红，脉象滑数。

3）主要药物：黄连、黄芩、黄柏、生石膏、知母、栀子、丹皮、夏枯草、芦根、公英、竹叶、大黄。

4）应用注意：①寒凉之性易伤胃，避免大量久服，常用10g以内。②虚热，外感，脾

胃虚寒者慎用。③大多有抗菌,抗病毒作用,可以辨证用于感染疾患。

(7)止咳祛痰药

1)作用机理:通过温燥、宣肺、润燥等作用,使肺气通畅,呼吸调和,达到止咳祛痰平喘效应。

2)应用指征:①各种咳嗽痰多喘息症。②胸膈满闷,癫狂惊痫,瘿瘤瘰疬症。

3)主要药物:桔梗、紫菀、贝母、全瓜蒌、胆星、竹茹、葶苈子、桑白皮、蛤壳、海藻。

4)应用注意:①配伍可增药效,如外感咳嗽配解表药;虚咳配补养药。②要分清寒热,热痰燥痰宜清宜润;寒痰湿痰可温可燥。③久咳不愈分清虚实处置,实者配泻下药以排痰湿,选加制大黄、海蛤壳、生牡蛎、礞石;虚者配收涩药以敛肺气,选加五味子、乌梅、银杏。④久喘不愈选加温肾纳气药,阿胶珠、金樱子、桑螵蛸、河车粉、核桃仁、蛤蚧、鹿角霜。

(8)消导健胃药

1)作用机理:增强胃肠消化吸收功能,增进食欲,去积导滞,消食除胀。

2)应用指征:①食积不化的脘闷腹胀,嗳气吞酸,恶心呕吐。②脾胃虚弱的食纳不振,消化不良。

3)主要药物:神曲、麦芽、山楂、鸡内金、莱菔子。

4)应用注意:①消导药只作辅助用药,应配健脾温中,理气燥湿的主药才能发挥功效。②炒用可增强消导健胃之力。③药性平和,用量可大,30g左右。

(9)镇静安神药

1)作用机理:心藏神,宁心能安神,有镇静安眠作用;肝主风,平肝能熄风,有镇惊厥解痉挛作用。

2)应用指征:①心神不宁的失眠健忘,惊悸怔忡。②肝风内动的眩晕惊痫,癫狂痉厥,抽搐强直。

3)主要药物:钩藤、石决明、生牡蛎、生龙骨、枣仁、夜交藤、菖蒲、琥珀。

4)应用注意:①重镇药用量要大,用30g以上,目前均已打碎,不必先煎。②心神不宁同肝风内动有关联,临床常配用。③安神应分辨虚实。虚者以心气、心血不足为主,选加参芪、云苓、归芍、麦冬、黄精之类;实者以心火、痰浊为多,选加黄连、栀子、连翘、竹叶、菖蒲、郁金等品。

(10)理气药

1)作用机理:气是体内生命活动的一种动力。当情志失调,寒暖不适,饮食不节,以及瘀血内停时均可使气行障碍,导致气滞,轻者为满,重则为胀,甚则致痛。理气药通过疏肝气,调胃气,理肺气等作用,祛气滞,消胀痛。

2）应用指征：①肝气郁结的胸胁乳房胀满作痛，疝气，月经不调。②脾胃气滞的脘腹胀满作痛，纳呆嗳气，呕恶呃逆。③肺气壅滞的胸膈满憋，咳嗽喘息。

3）主要药物：陈皮、香附、木香、枳壳、元胡、郁金、柴胡。

4）应用注意：①本类大多燥散，容易耗气伤阴，气虚阴亏者慎用。②性多辛窜，孕妇慎用。③可配入滋补药中，取其补而不滞，用量5g。④理气药发挥效应要有四佐：一是气血互关，佐活血药如丹参、川芎、赤芍、当归；二是容易化火，佐清肝药，如栀子、黄芩、菊花、川楝子、草决明；三是横逆脾土，佐健脾药，如白术、山药、云苓；四是上扰神明，佐宁神药如枣仁、夜交藤、生龙牡。⑤调胃气时也要重视4佐：一是常挟湿浊，佐化湿药如云苓、苡仁、藿梗、砂仁；二是化热居多，佐清胃药如竹茹、连翘、公英；三是兼有食滞，佐消导药如焦三仙、鸡内金、莱菔子；四是多有胃逆，佐降逆药如生赭石、生姜、半夏。

（11）活血药

1）作用机理：血循经络，可以滋养全身，当寒凝气滞，损伤产后或失血过多可引起血液凝滞，产生瘀血，引发诸证，须活血化瘀才能使血循复常。

2）应用指征：瘀血内阻的瘀血证，经闭痛经，产后瘀停，跌打损伤，以及痈阻瘀毒。

3）主要药物：丹参、川芎、桃仁、红花、泽兰、苏木、三七、水蛭、地龙、王不留行。

4）应用注意：①攻伐力大，凡血虚，体弱者慎用，并须顾及正气。②有催生堕胎作用，孕妇禁用。③气行血行，须伍入理气药以增其效，如郁金、木香、香附、枳壳、青皮。④寒凝则瘀，须伍入温通药，如桂枝、鹿角霜、乌药、炮姜。久瘀入络，须伍入剔络药，如地龙、水蛭、土鳖甲。⑤久瘀蕴热，须伍入清热药，如青蒿、银柴胡、鳖甲、地骨皮、桑白皮。⑥久瘀伤阴，须伍入养阴药，如芦根、生地、麦冬、玄参、黄精。⑦久瘀成积，须伍入软坚药如生牡蛎、夏枯草、山慈姑、浙贝母。

（12）止血药

1）作用机理：通过收敛、凉血、补摄、化瘀等作用达到止血效应，以免出血耗损或致衰竭。

2）应用指征：各种血证，包括气不摄血，血热妄行，血不归经等。

3）主要药物：仙鹤草、侧柏叶、白及、三七、藕节、茜草、艾叶、炮姜。

4）应用注意：①止血后常有留瘀之弊，故宜与活血药或祛瘀生新药并用。②止血常为“急则治标”，需配治本之法，如血热者清热凉血，气不摄血者补气摄血，阴虚阳亢者，滋阴降火，阳衰出血者温经止血，血不归经者祛瘀生新。③心主血，肝藏血，脾统血。出血常涉此3脏：应佐宁神清心药如连翘、夜交藤、柏子仁、川连、琥珀；应佐理气柔肝药如当归、白芍、香附、郁金、薄荷、川楝子；应佐运脾开胃药如陈皮、木香、云苓、鸡内金、公英。④失血虚脱者急当补气，用独参汤，所谓“血脱益气”法。⑤李时珍在《本草纲目》中云：“烧灰诸里药皆能止血。”因为炭性收敛止血之力可增，但个别药味如侧柏、小蓟、地榆炒炭止血作用反差，有的鲜品如白茅根、藕节止血更好。

(13) 补气助阳药

1) 作用机理：气和阳是人体生命活动的机能。当气和阳不足时形成气虚、阳虚的病理反应。通过补气或助阳，以增强人体机能活动的能力，纠正病理反应。

2) 应用指征：①气虚的气短懒言，动则喘乏，四肢困倦，食少吐泻，汗出不止，苔薄白，舌质淡，脉沉细弱。②阳虚的畏寒肢冷，腰膝痠软，便溏尿频，阳痿早泄，舌淡胖，脉细弱。

3) 主要药物：人参、党参、生芪、山药、白术、黄精、鹿茸、杜仲、牛膝、川断、蛇床子。

4) 应用注意：①阳虚多兼气虚，气虚易致阳虚，两者密不可分，故补气助阳常配用。阴阳互根，要阴中求阳提高其效，宜佐少量养血滋阴药如生地、当归、枸杞子。②脾胃湿困时要慎用，以防恋邪，宜入行气渗利药，补而不滞。故应防止"误补益疾"，"因补留邪"，"虚不受补"。

(14) 养阴补血药

1) 作用机理：血和阴是人体生命活动的物质基础。当血和阴不足时形成血虚、阴虚的病理反应。通过补血养阴，以补充人体生命物质的亏损，纠正病理反应。

2) 应用指征：①阴虚的形瘦面红，五心烦热，口干咽燥，潮热盗汗，劳嗽遗精，肠燥便秘，苔净质红，脉象细数。②血虚的唇爪苍白，面色不华，眩晕耳鸣，心悸失眠，月经不调，苔薄白，舌淡嫩，脉细弱。

3) 主要药物：生地、沙参、麦冬、当归、芍药、首乌、阿胶、女贞子、芦根。

4) 应用注意：①本类药物大多滋腻易碍胃，纳呆有湿者少用，并加木香、枳壳、砂仁等醒脾防滞。②阴阳互根，阳生阴长，宜加少量补气助阳药增强药效，如蛇床子、生芪、白术、黄精。

102. 传统煎法

煎法关乎药效的发挥，不可疏忽大意。**煎药前先要用冷水浸泡 1h 以上**，使药性尽量溶入水中。如有后下药则另碗单泡，水不必太多，以盖过药面 2cm 即可。

先以大火煮开，换成小火，**慢煎 20 分钟**(解表药 10 分钟)，如有后下药此时连药带水倒入一半，搅拌，开锅即可，倒出药汁为头煎。再放冷水，不必浸泡，大火煮开，换成小火，慢煎 20 分钟，如有后下药则倒入另一半，搅拌，开锅即可，倒出药汁为第 2 煎。头两煎混合，分 2 次服用，如药汁过多，可分 3～4 次服用。不要以药量为准，要以慢煎 20 分钟为要，以免药性挥发。习惯服药以早晚 2 次，而且要空腹，实际没有必要，**最佳吸收时间为上午 9 点，下午 3 点**，这与人体的"生物钟"有关，故改为上、下午分服为宜。

诊 籍 篇

1. 病毒感冒(荆防败毒散)

病史:王某　男性　16岁　患者因滑冰着凉,当晚发热38.5℃,形寒无汗,鼻塞流涕,咳嗽阵作,咯痰白沫,头痛如裂,周身骨楚,不思饮食,两便尚调。来院急诊。

检查:苔薄白,脉象浮紧。T 38.6℃,验血白细胞 5.1×10^9/L。胸透显示:两肺纹理较粗。两肺听诊呼吸音较粗,无明显啰音。咽部未见充血。BP:17.3/41.3kPa(130/85mmHg)。

辨证:外感风寒,肺失肃降,遂见热轻寒重,头疼节楚,咳痰白沫诸症。苔白脉浮均主风寒表证,属仲景太阳伤寒证。

诊断:感冒,风寒束肺,太阳伤寒证。病毒感冒。

治法:辛温解表,宗《摄生众妙方》"荆防败毒散"化裁。

处方:

防　风 5g	苏　子 10g	柴　胡 10g	前　胡 10g
川　芎 10g	桔　梗 5g	云　苓 10g	橘　红 10g
荆芥穗 10g	白　芷 10g		

结果:上方每日1剂,水煎分2次服,热服取汗。服1剂汗出热减,3剂热退咳止痰除而愈。

按语:仲景辛温解表主方为"麻黄汤"。但此方发汗力宏,既虑过汗伤心阳,又恐提升血压,抑制心脏,故守法易药,改投"荆防败毒散"以散风寒。荆芥穗系荆芥的花穗,其表散之力更强,配防风,辛温解表共为君药。柴胡、前胡疏解表邪,桔梗宣肺祛痰,共为臣药。祛风寒咳痰,除截痰源,投云苓、橘红外,再佐苏子之温化,专祛寒痰。止风寒头痛白芷优于羌活。独特之处在于祛散风寒之中配以宣透之品,以助发汗而解风寒。宣者宣肺,透者透窍,前者用桔梗,后者投川芎。另宜渗利以使风寒从汗解之外,还从尿泄,故投一味云苓淡渗清利。全方以辛温解表为中心,给风寒之邪以出路,切合其证,3剂即愈。

2. 老年感冒(参苏饮)

病史:张某某　男性　68岁　素有咳痰史。入冬后不慎感冒,咳痰加重,前日起发热38℃,恶寒无汗,头痛鼻塞,唾涕清稀,胸膈满闷,不思饮食。自服感冒冲剂、通宣理肺丸等,热不退,咳不止,痰不除,浑身痠懒,气短乏力而来急诊。

检查:苔薄白根稍腻,脉浮而无力。T 38.6℃,血白细胞 $4.8\times10^9/L$。胸透显示:两肺纹理粗重,有轻度肺气肿征,未见明显阴影。两肺听诊呼吸音粗,但无明显干、湿啰音。咽部正常,扁桃体不大。

辨证:痰湿之体,复感风寒,以致咳痰加重,痹阻胸阳而见胸膈满闷,上蒙清窍而致头痛鼻塞,中阻脾运而见饮食不思,表阳被遏而有恶寒发热,无汗难解。年老体虚,周身疲惫。再察舌象,薄白主风寒,根腻系湿浊,脉浮为表证,无力主体虚。脉症参合,证属气虚之体,复感风寒挟痰表证。

诊断:感冒,体虚风寒,挟痰表证。病毒感冒。

治法:扶正祛邪,辛温解表,理气化痰,以《和剂局方》"参苏饮"加减。

处方:

党　参 10g	紫　苏 10g	前　胡 10g	枳　壳 10g
杏　仁 10g	云　苓 15g	陈　皮 15g	川　芎 10g
羌　活 10g	菖　蒲 10g	木　香 10g	焦三仙 30g

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。服2剂汗出热退,咳痰减轻,食纳增加。5剂感冒愈,仍存轻微咳痰。

按语:用党参一味,针对气虚,可以扶正而不恋邪。经济条件许可用人参3g另煎兑服,扶正之力更佳。如有汗体虚,还可用一味生芪,但扶正之品不宜再加,否则有恋邪之虑。紫苏为叶子梗的全草,功能更全,是辛温解表的主药,佐以前胡、杏仁的宣肺化痰,云苓、陈皮的健脾祛痰,羌活、川芎的透窍止痛,枳壳、菖蒲、木香的畅中理气。全方以辛温解表为主,合奏理气化痰,扶正虚,祛风寒的功效。

由于风寒痰湿阻表碍中,特用菖蒲、枳壳的祛痰化湿畅中和胃之力,既助紫苏散邪,又助羌活、川芎透邪,有增效作用。以杏仁易桔梗,杏仁祛痰之力大于桔梗,桔梗宣肺已由前胡替代,旨在温化痰湿而止咳。以羌活易葛根,均有解肌作用,而羌活止头痛优于葛根。"胃气为本",不思饮食,既不利于扶正,又有碍于表散,故一味焦三仙振奋食欲也属关键。

虚人老年感冒难愈,病程长,反复多,补气扶正是关键,参芪是主药,投用时切勿过之,防止恋邪。其要有二:仅投一味,专以补气;注意健脾和胃,振奋食纳。

3. 暑天感冒(藿香正气散)

病史:李某某 男性 41岁 盛暑之时贪食生冷,入夜又露天过宿。晨起头重如裹,脘满恶心,肠鸣腹痛,水泄2次。午后发热39℃,汗出而黏,口渴尿少,但不欲饮,饮食不振,浑身乏力。而来肠道门诊。

检查:苔薄黄腻,脉浮而软。T 39.5℃,腹软无肌卫,轻度按痛,BP:16.0/11.3 kPa(120/85mmHg)。

辨证:露宿感受暑湿,贪食内伤湿滞,卫阳被郁,发热汗黏,清阳被阻,头重且胀,运化被碍,脘腹鸣满,纳谷不香,渴而不饮。升降失司,上逆下泄,尿量减少,苔腻脉软系暑湿之象。暑天感冒为外感暑邪,暑性炎热且多挟湿,以发热头重,脘满纳呆,神疲吐泻为主要表现。

诊断:感冒,外感暑湿证。急性胃肠炎。

治法:祛暑解表,化湿和中。《和剂局方》"藿香正气散"出入。

处方:

鲜藿香 30g后下	法半夏 10g	云 苓 10g	白 芷 10g
鲜薄荷 10g后下	炒苍术 10g	陈 皮 10g	连 翘 10g
六一散 30g包	大腹皮 10g	木 香 10g	车前草 30g

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。服1剂后发热降至37.9℃,头重脘满缓解。3剂后热退汗止,上逆下泄解除,恢复正常。

按语:暑湿之治,清暑化湿为要。清而不凉,以防苦寒碍湿,化而不燥,以免燥热助暑,最宜藿香,薄荷之配。鲜者后下力宏,取汁兑服更佳,是为君药。清暑再伍六一散,最好用荷叶包煎。化湿要佐"二陈"、"平胃"之类,为防苍、夏过燥,以连翘之凉而制之。白芷芳香化湿而除头重,腹皮行气利湿而消脘胀,共为辅佐药。木香行气和中而不破气,车前草清热利湿而能泄暑,使暑湿之邪中消下渗,排出体外,共为使药。

"藿香正气散"原本散外感风寒,除内伤湿滞。用于暑湿外感时宜减桔梗、厚朴、姜草之辛散温燥之品而易薄荷、滑石、车前、荷叶等清暑之品,方能切证。暑天急性胃肠炎为常见病,由外感引发,当辨清风寒或暑湿。辨证关键:一看是否恶寒头痛,二看有无口渴不饮,三看苔色黄白。

4. 经期感冒(小柴胡汤)

病史:张妇 31岁 患者前天经行,今午洗澡不慎感冒。入暮发热38.5℃,头胀目眩,口苦咽干,饭前恶心,不欲食纳,胁满烦心,经量增多,经色艳红,自觉阵阵潮热,洒洒

恶寒。今晨门诊求治。

检查:苔薄黄,脉弦数。T 38.7℃。咽部稍充血,扁桃体不肿大。腹软无压痛,肝脾未触及。

辨证:经期洗澡感冒,邪停少阳,必见发热恶寒且阵阵寒热,故称半表证。少阳经布胸胁,邪遏经气,两胁苦满。胆热上亢,眩胀并见且心烦咽干。经气横逆,胃失和降,则纳呆恶心,故称半里证。热迫经事,故量多色艳,苔黄脉弦,皆少阳热邪之征。邪郁少阳,是谓机枢,邪从表解可愈,邪从里化,实则转阳明经腑证,虚则成太阴虚寒证。

诊断:伤寒,邪停少阳,半表半里证。感冒发热。

治法:和解少阳,补气祛邪。守《伤寒论》"小柴胡汤"方意。

处方:

党　参 10g	柴　胡 10g	黄　芩 10g	车前草 30g
菊　花 10g	川　芎 10g	香　附 10g	鸡血藤 10g
姜　夏 10g	连　翘 10g	木　香 10g	川楝子 10g
芦　根 10g	桔　梗 10g		

结果:上方每日 1 剂,水煎分 2 次服。5 剂热退经净,连服 7 剂纳增,正常上班。

按语:经期外感,张仲景称为"热入血室"。妇女以肝为本,血室者肝胆也,故经期外感多见邪停少阳的半表半里证。本案亦不例外,证情符合。清解少阳的主药,当为柴胡,既可解热又调气机。辅以党参(投人参更佳)的补中健脾,祛邪外出。辅以黄芩的清泄邪热,邪难入里。三味共为"小柴胡汤"主药。姜夏和胃降逆专除恶心,菊花清降胆热,可祛目眩,川芎和血止痛,针对头胀,芦根退热生津专为咽干。经期感邪,调经为要,香附的理气,鸡血藤的和血,和桔梗的疏肝"是谓至治",连翘既可解热又止经多。木香和胃增加食欲,车前草清热,邪由尿泄,川楝子清解,引入肝胆。全方以调经退热为先,既守"小柴胡汤"和解少阳方意,又能随症伍药,精当配合,奏效明显。

5."老慢支"合并感染(银翘散)

病史:钱左　60 岁　患者嗜烟 30 余载,素有"老慢支"宿疾。入冬后全家流感,不幸被染,以致咳喘加重,咳引胸痛,痰黏难咯。昨起发热 39.2℃,阵阵怕风,头痛咽疼,口渴欲饮,汗出热不解,时有恶心,纳差便干。遂来急诊。

检查:苔薄黄,脉弦数。T39.5℃,呼吸较急促。咽红充血,扁桃体Ⅱ°红肿,散在脓点。两肺听诊闻及散在哮鸣音,无明显干湿啰音。血白细胞 13×10^9/L,中性 82%。胸片显示:两肺纹理粗重,未见明显阴影。

辨证:嗜烟伤肺,抵抗力下降,易遭流感击中,风热袭肺,清肃失降,故咳喘难平,黏痰难出,痛引胸膺。风热犯表,热重寒轻,风热上壅,头咽俱痛。风热灼津,渴而欲饮。肺火犯土,纳差恶心。肺火移肠,大便秘干。苔薄黄,脉浮数,风热为患无疑。

诊断：风热袭肺，邪停卫分证。“老慢支”合并感染。

治法：辛凉解表，清肺祛痰，拟《温病条辨》银翘散化裁。

处方：

连　翘 10g	芦　根 10g	全瓜蒌 30g	车前草 30g
牛蒡子 10g	黄　芩 10g	桑白皮 10g	炙杷叶 10g
菊　花 10g	射　干 10g	焦三仙 30g	莱菔子 10g
竹　茹 10g	桔　梗 10g	薄荷 10g后下	

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。连服 7 剂热退痛除。咳痰明显减少。去薄荷减为每晚服 1 煎，连服半个月，咳喘明显缓解。

按语：叶天士云：“温邪上受，首先犯肺。”清解温邪，首当清肺，以辛凉解表为大法，连翘是主药，再辅黄芩、桑白皮、菊花增清肺之力，佐以薄荷助解表之功。风热壅痰，涤痰为先，痰为首害，痰除则诸邪可解，诸证可缓，故佐以大队清化痰热之品，如瓜蒌、牛蒡子、竹茹、桔梗、枇杷叶。莱菔子祛痰通便，车前草祛痰利尿，既助涤痰之力，又使邪从两便排出体外。芦根退热，止渴而不腻，射干祛痰解毒，治咽圣药。“银翘散”里原用淡竹叶，本方易用竹茹，保持清热之效，加强祛痰之力，系守法易药，增效之举矣。

6.“老慢支”合并肺气肿（四君子汤）

病史：巫叟　69 岁　患者嗜烟，始于年方 20，故素有“老慢支”。近 2 年来气短明显，动则更著，胸憋夜甚，时感疲乏，常易感冒。咳喘时作，痰出白沫，纳谷不香，大便时溏，夜尿频频。久经西药对症治疗，没能显效，近年改服中药，时作时休，咳喘未息，气短不除。

检查：苔薄白，质淡胖，见齿痕，脉沉细，尺部弱。慢性病容，精神较差，呼吸较促，胸廓桶状，听诊心音低钝，律整，无明显杂音，两肺呼吸音降低且较粗糙。胸片显示肺气肿征象。

辨证：肺主气，脾司运，同为气机升降，运化精微之枢纽。其气虚损，肃降无利而咳痰喘息，胸闷不舒。运化无权而纳呆气短，升清无力而便溏尿频。舌胖质淡，望之而知其气虚，脉细尺弱，切之而知其气虚。气虚为患矣。

诊断：咳嗽，肺脾气虚证。“老慢支”合并肺气肿。

治法：培土生金，补气升清，宗《太平惠民和剂局方》“四君子汤”加减。

处方：

云　苓 15g	橘　红 10g	山　药 10g	炒白术 10g
沙　参 10g	当　归 10g	鸡内金 30g	金樱子 10g
枳　壳 10g	紫　菀 10g	川　贝 10g	西洋参 3g另煎兑服

结果：上方每日1剂，水煎分2次服，西洋参另煎2次兑服，药渣咀食。连用7剂，咳痰气短均明显减轻，精神好转，惟便溏夜尿如旧。清阳未升，气机宜调，原方去云苓加桔梗5g、生芪10g，再进7剂，便溏已止，夜尿亦减。守方改为每晚服1煎，连服1个月，体力明显增加，一般活动已不感气短，变天或夜甚，偶有咳喘，白痰已除，食纳倍增，苔薄白，质较淡，脉沉已感有力，尺脉已见搏动。前方5剂量，加冬虫夏草30g，共研细末，装入1号胶囊，早晚各服6粒。1个月后复诊，时值隆冬，没有感冒，咳喘偶发，已甚轻微，苔薄白，脉沉但有力。再增益火之品，以健土运。上方10剂量，再加仙灵脾30g、补骨脂60g，共研细末，装入1号胶囊，早晚各服6粒。未再复诊。

按语：“四君子汤”系补气主方，易用西洋参，补气之力大增。辅以苓术、山药之健脾，沙参、紫菀之润肺，当归之养血助气，专治肺脾气虚，药精而力宏，深得“培土生金”之古义。金樱子益火，火生土长，土又生金，实为间接治疗之妙。枳壳、陈皮、鸡内金三味既可助君祛痰而止咳，又能补而不滞，不致因补碍胃。且现代药理证实，金樱、枳壳均可收缩平滑肌，利于改善肺气肿。紫菀、川贝针对有痰湿之久咳喘息有特效。

方证切合，7剂奏效，但便溏尿频如故，为升清阳必减渗利之云苓，再加桔梗、生芪二味既可升清，桔梗宣肺止咳，生芪补气健脾而一举两得。慢性宿疾，容易复发，应以丸剂巩固，佐入冬虫夏草、淫羊藿、破故纸之辈无非增其益火之力而固其先后天之本矣。

7. 急性支气管炎（三子养亲汤）

病史：邹生　42岁　嗜烟20余年。近旬咳嗽频作，晨起黄痰血丝，胸痞脘胀，口苦心烦，咳剧时引及两胁作痛，食差难化，时有便干。在某医院拍胸片，诊断为“急性支气管炎”，服西药周余，未见好转，自进“通宣理肺丸”、“养阴清肺膏”、“枇杷止咳露”等亦无显效而来院门诊。

检查：舌苔薄黄，脉弦滑数。T 36.8℃，听诊两肺呼吸音较粗，无明显干湿啰音。血白细胞 12×10^9/L，中性80%。

辨证：咳嗽痰少而黄，胸痞不舒，痰热壅肺，肺失宣降之征。口苦心烦，两胁作痛，苔黄脉数，一派肝火之象。木火可以刑金，故痰中带血，可以横逆，故食少脘胀。肺热又可移肠而有便干之苦。病位肺肝胃，病因火与痰。

诊断：咳嗽，肝火犯肺，痰热壅肺证。急性支气管炎。

治法：柔肝润肺，祛痰止咳，宗《韩氏医通》“三子养亲汤”化裁。

处方：

当　归10g	白　芍10g	黄芩炭10g	莱菔子15g
生　地10g	紫　菀10g	炙杷叶10g	葶苈子10g炒

麦　冬 10g　　川　贝 10g　　川楝子 10g　　黛蛤散 30g包
全瓜蒌 30g　　焦三仙 30g

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。服药 5 剂，咳轻血止，食纳增加，腑行通畅，苔薄黄，脉弦不数，肝火肺热渐清。守法续进，上方去焦三仙，加北沙参 10g，以增润肺止嗽之力，又服 14 剂，诸症皆减，偶有干咳，嘱服"二母宁嗽丸"巩固。

按语："三子养亲汤"原系温化痰饮之剂，温在白芥子、苏子两味，现以葶苈子代之，便成清化痰热之剂，再伍全瓜蒌更适合本例之痰热壅肺。木火刑金，一面清肝火，用柔肝之归芍，用泻肝之黛蛤，一面滋肾水，取肝肾同源之意用生地。再配润肺祛痰的紫菀、川贝、杷叶。肝火得清，肺金得润，何有"木火刑金"之患焉？黄芩炭专为咳血所设，川楝子专为胁痛之用且可引入肝经而清肝火。全方抓住痰火之因，重点突出，配伍合理，故能获效。烟习不戒，咳痰屡复，只得以清金润肺的"二母宁嗽丸"暂且防复。

8. 支气管哮喘发热（小青龙汤）

病史：蒋右　55 岁　患支气管哮喘 3 载，发作与季节关系不明显，遇冷为诱因。发作时痰多清稀，咽紧发痒，胸憋喘息，难以平卧，面浮身重，需多次喷雾激素，口服氨茶碱方能平息。近年发作更频，其苦难言，服中药味苦，煎药又麻烦，故权以西药对付。昨日汗出当风，不慎感受风寒，喘息难忍，方下决心来院门诊，求中医去根。

检查：苔薄白腻，脉浮滑紧。T 37.9℃，阵阵恶寒，呼吸急促，见明显三凹征。两肺听诊满布哮鸣音。BP：16.0/10.7kPa（120/80mmHg）。

辨证：外感风寒，引动内饮，水与寒相搏，水寒射肺，喘息难卧，痰多白沫，咽紧发痒；饮停胸膈，阻滞气机，胸憋难舒，水饮外溢，面浮身重。发热恶寒系伤寒表证。苔薄白脉浮紧主风寒之表，苔腻脉滑主水饮内停。诚如《伤寒论》41 条所言："伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴。"以"小青龙汤"主之外寒内饮证。

诊断：哮喘，风寒外感，水饮内停证。支气管哮喘。

治法：表散风寒，温化水饮，宜《伤寒论》"小青龙汤"出入。

处方：

蜜麻黄 10g　　桂　枝 10g　　杏　仁 10g　　云　苓 10g
姜半夏 10g　　陈　皮 10g　　白　芍 10g　　紫　菀 10g
五味子 5g　　射　干 10g　　桔　梗 10g　　荆芥穗 10g

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。连服 7 剂，喘息减轻大半，发热恶寒已除，仍有胸憋痰多，苔腻脉滑未退。风寒已解，痰饮依存，加重宽胸祛痰之品，上方去麻黄、荆芥穗、姜半夏，加全瓜蒌 30g、桑白皮 10g，再进 7 剂，痰喘平息。嘱原方巩固 7 剂后，常服

香砂养胃丸和六味地黄丸，以便图本防复。

按语：小青龙以麻桂为主药，发汗解表，宣肺平喘，姜半夏内消痰饮，虑及麻黄过汗，改投蜜麻黄，以重平喘，伍入芥穗以助发表而免过汗，这也是“守法易药”免除其不良反应的技巧。桂枝、白芍既可调和营卫，利于风寒表散，又可防止麻黄的耗散肺气，姜半夏的燥性伤津。云苓、陈皮燥湿化痰，药性平和不伤正气，是阻断生痰之源的圣药。紫菀温化痰饮是止咳平喘效药。射干、桔梗既可宣肺平喘，又是消咽紧发痒的效药。五味子温敛肺气而止咳，杏仁温润肺气而平喘，一收一润，是平喘的特色辅佐。

风寒即散，痰饮显露，及时调整组方，去表药入祛痰宽胸，乃法随证变也。内不治喘，哮喘易复，从脾肾根本着手，丸药缓图，冀望防复。

9. 支气管哮喘形寒（右归饮）

病史：杜某某　男性　60 岁　患者每于立冬后即发哮喘，迁延日久，已逾 20 载。以劳累、生气、寒冷为发作诱因。发作时唇紫肢冷，难以平卧，喉鸣泄剧，动则更甚。需注射肾上腺素、喷雾激素方可暂时缓解。平时气短形寒，痰出白沫，腰痠腿软，入暮踝肿，夜尿频短，食纳腑行尚能通调。前天操劳过累，昨夜哮喘发作，遂来门诊。

检查：苔薄白，质淡胖，脉沉细，尺部弱。面色苍白，气短不足以息，呼多吸少，见有三凹征。两肺听诊满布哮鸣音。BP：17.3/11.3kPa（130/85mmHg）。

辨证：肺为气之主，肾为气之根。花甲哮喘，多见肺肾不足，劳则更损，喘息即发，形寒踝肿，腰腿痠软，夜尿肢冷，舌胖尺弱，肾火阳衰之故。气短哮喘，喉鸣白痰，苔白脉细，肺气不足之征。此例病在肺，根于肾，因乃火衰，难以纳气。

诊断：哮喘，命门火衰，肾不纳气证。支气管哮喘。

治法：温肾纳气，敛肺平喘，守《景岳全书》“右归饮”方意。

处方：

肉　桂 5g	生　地 15g	补骨脂 10g	巴戟肉 10g
生　芪 10g	黄　芩 10g	川牛膝 15g	五味子 10g
紫　菀 10g	桔　梗 10g	制附片 10g先煎半小时	
枸杞子 10g	蛤蚧粉 5g冲		

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服，煎药时尽量吸入热气。连服 7 剂，自觉喘息大减，信心倍增，效不更方，前法续进，再服 7 剂，喘息控制，气短不显，精神振作，原方去附桂，加鹿角霜 10g，改为每晚服 1 煎。1 个月后复诊，天气变化，生气时偶有轻喘，已不需西药，可以自行缓解。嘱晚服原方 1 煎，晨服金匮肾气丸 2 粒（每枚重 6g），坚持 1 个冬季。平时多食核桃、菌类、木耳。三伏天穴位敷贴白芥子为主药的哮喘膏。2 年后带家属门诊求治，自述哮喘基本控制。

按语：朱震亨在《丹溪心法》中云："凡久喘之证，未发宜扶正气为主，扶正者以温肾为本。"可见温肾纳气法乃火衰喘息的治本大法。本例证属命门火衰，切中"右归饮"方意。张介宾补肾重视阴阳互根，以温肾纳气为主，但宜"阴中求阳"，故在大队温阳的附桂、补骨脂、巴戟、蛤蚧之中稍佐枸杞子、生地滋阴，其温之力大增。熟地滋腻，改用生地。生芪补气健脾，紫菀、桔梗宣肺升清，川牛膝导血下行，升降配合，平喘有力。喘息无论肾不纳气或是肃降失司，调其升降气机，是平喘重要的增效之举。五味子敛肺纳气和黄芩的清金专药且能引药入肺而平喘，不可缺少。为防附片之毒，先煎半小时祛毒存性。方证符合，遣药巧配，7剂见效。附桂温阳而燥，恐伤其阴，故中病即换，改投鹿角霜温通有余，燥性大减，敛而平喘。坚持晚服汤剂，晨服丸药，配以"冬病夏治"的穴位敷贴和补肾食疗而起沉疴，缓解久喘。

10. 肺脓肿（麻杏石甘汤）

病史：石某　男性　38岁　平素吸烟，常有咳痰。2周前不慎感冒，发热39℃，咳痰加剧，胸痛且憋，左侧更甚，曾在某医院急诊，化验拍片诊为"左肺脓肿"。住院近旬，换用4～5种抗生素，发热不退，午后38.5℃以上，胸痛咳痰未减，昨日开始急促喘息。自动出院，求治中医来院急诊。即诉左胸憋痛，延及后背，咳痰黄脓，难以咯出，有汗不寒，口渴少饮，食纳不佳，尿黄便干。

检查：苔薄黄腻，脉弦滑数。T 38.5℃，急性痛苦病容，呼吸急促。左肺听诊呼吸音减弱。血白细胞 15×10^9/L，中性90%。BP：16.0/10.7kPa(120/80mmHg)。

辨证：肺热痰壅而见发热咳喘，胸痛及背，咳痰黄脓，苔黄脉数。有汗不寒，外邪已解，口渴少饮，胃热伤津。肺脓肿，抗生素有效，此案例外，近十天以来频频换用，无益于抑菌，反而苦寒伤胃，影响食纳。肺胃均有实热矣。

诊断：肺痈，肺胃壅热证。肺脓肿。

治法：清泄肺胃，祛痰止咳，投《伤寒论》"麻杏石甘汤"加味。

处方：

生麻黄 5g	杏　仁 10g	黄　芩 10g	芦　根 15g
生石膏 30g	云　苓 10g	陈　皮 10g	生　草 5g
鱼腥草 30g	知　母 10g	桃　仁 10g	苡　仁 15g

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。3剂后体温降至37.5℃，咳痰明显减少，胸痛已缓解，苔薄黄根腻，脉弦滑不数，惟食纳仍差，大便还干。肺胃之热渐清，重在振奋胃气。原方加全瓜蒌30g、莱菔子15g、车前草30g，进5剂热退证轻，纳便已调。去麻黄、生甘草，加焦三仙30g，嘱再进7剂，到原医院复查。1个月后电话告之，复查胸片除肺纹理较粗外已无异常，验血正常，无自觉症状，已恢复上班，嘱其戒烟，保养双肺。

按语：仲景创“麻杏石甘汤”为清泄肺胃的主方。本例系痰热壅阻肺胃，原方投用外，还伍“千金苇茎汤”、“白虎汤”，三方合用，增强清泄之力。黄芩、鱼腥草为肺痈效药，专清肺壅痰毒。云苓、陈皮则燥湿祛痰，控制“生痰之源”。肺系病祛痰为首要，痰除证缓，临证屡见不鲜。由于抗生素之苦寒，乱用伤胃，故纳差便干，宜和胃消导，复诊时去麻黄、生甘草，入祛痰消导的全瓜蒌、莱菔子和清利泄邪的车前草，再加焦三仙和胃。调方得当，继续奏效。仅仅10余剂草药竟使抗生素无效的肺脓肿痊愈，中医药的临床优势可见一斑。

11. 肺结核(清燥救肺汤)

病史：蒋某某　女性　36岁　病经数年，低热不断，午后为著，37.5℃左右，咽燥干咳，偶带血丝，甚则音哑喘息，五心烦热，口渴盗汗，纳差脘胀。曾经某医院拍胸片，痰液培养，和结核菌素试验，确诊为“右肺上叶浸润性结核”。服用抗结核西药，浸润灶未吸收，低热干咳未减，近查肝功能，转氨酶增高达156U，不敢再服西药，求治中医，来院门诊。

检查：苔净质红，脉沉细数。T 37.6℃，慢性病容，面部略见潮红，咽部略充血，扁桃体不大，右上肺听诊闻及细小湿啰音。胸片显示：右上肺仍有结核浸润灶，痰培养连续3次未见结核杆菌。

辨证：肺居胸中，为五脏之华盖，久咳伤肺，耗伤津液。肺阴不足，虚热内生，故低热暮著，虚热反过来进一步燥灼肺金以致有烦热咽燥，咳喘带血之变。口渴盗汗，苔净质红，脉沉细数均属阴虚内热之征。病位在肺，病因阴亏。

诊断：肺痨，肺阴亏损，燥热内生证。肺结核。

治法：清肺润燥，养阴止咳，宗《医门法律》“清燥救肺汤”化裁。

处方：

沙　参10g	麦　冬10g	桑白皮10g	生石膏30g
紫　菀10g	川　贝10g	炙杷叶10g	全瓜蒌30g
杏　仁10g	百　部10g	肥知母10g	黄芩炭10g

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。连服7剂，低热已退，干咳缓解，痰血亦止，但心烦更甚，失眠梦集。肺阴渐复，心火独亢。宜重清心宁神之品，上方去生石膏、川贝、全瓜蒌，加淡竹叶10g、夜交藤30g、百部15g，再服7剂，心烦缓解，夜眠好转，守方加炒枣仁30g、生牡蛎30g、公英10g，5剂量，蜂蜜500g收膏。每日服2次，每次1茶匙，连服1年，体力显增，胸片显示：右上肺结核灶已钙化。

按语:“清燥救肺汤”治疗燥热伤肺的主要方剂,再合“白虎汤”,既养肺阴,又清肺胃之热。沙参易人参,配麦冬滋养肺阴不足。桑白皮易桑叶,配炙杷叶清肺燥止干咳,配白虎清胃热除口渴。黄芩炭最清肺火止咳血。肺合大肠,全瓜蒌、杏仁润肠通便,使肺火实热从腑行排走。川贝之清,紫菀之润,是干咳久嗽的特效药对。百部止咳平喘又是抗痨效药。全方突出养阴润燥之功,针对阴亏燥热十分切合,故7剂奏效。肺阴得复,然心火又盛,加入清心之品,心神得宁,诸症渐除。

本病迁延数年,投药仅14剂,恐难巩固,改用膏剂,投入两味特殊用药:生牡蛎30g,《得配本草》云:“牡蛎和贝母消痰结”,又可补充钙质,利于结核灶的钙化。蒲公英10g,《随息居饮食谱》云:“蒲公英清肺,利膈化痰,散结消痈,养阴凉血。”又可明显抑制结核杆菌。膏剂仍以养阴润燥立法,疗效巩固1年,结核钙化。

12. 冠心病胸憋(小陷胸汤)

病史:韩某某　女性　53岁　患冠心病3年。有烟酒嗜好史,常因生气、厚味诱发,胸憋痞闷,时感胀痛,每天发作2～3次,胃脘胀满,食纳减少,形体肥胖,痰出黄黏,口干心烦。始含硝酸甘油片、复方丹参滴丸可以缓解,近年止痛缓症效果不甚明显,发作时吸氧可稍缓解。曾服补气活血,芳香温通等中药也未奏效。转来心病专科门诊。

检查:苔黄腻,脉象滑数。慢性病容,精神较差,时作呵欠。心电图示:Ⅰ、aVL、V_3～V_5 ST段下移,前侧壁供血不足。BP:18.7/11.3kPa(140/85mmHg)。血清总胆固醇9.8mmol/L(380mg/dl),三酰甘油220mg/dl,低密度脂蛋白1.80mmol/L。

辨证:痰热互结,痹阻胸阳,气机不畅而有胸憋胀痛之苦,中阻脾运而致脘胀食少,口干饮少,肺失清肃,痰吐黄稠,干扰神明而有烦心之症。苔黄腻,脉滑数,痰浊化热征象。病属胸痹,证乃痰热,精神之差系痰浊所困,症脉合参何虚之有?故投补气活血不会获效。

诊断:胸痹病,痰热互结,胸阳痹阻证。冠心病。

治法:清热祛痰,宽胸理气,《伤寒论》“小陷胸汤”加味。

处方:

黄　连10g	法半夏10g	石菖蒲10g	全瓜蒌30g
郁　金10g	丹　参30g	莱菔子10g	野菊花10g
竹　茹10g	枳　壳10g	桑白皮10g	车前草30g

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,黄痰已除,胸憋明显减轻,苔转薄黄腻,痰热渐清,守法续进,上方去法半夏,加薤白10g、生牡蛎30g,再服7剂,苔转薄黄,脉象小弦,情绪激动时稍有胸憋,已能自行缓解。痰热虽清,恐其复发,守法易药,上方去黄连、桑白皮,加云苓10g、陈皮10g,改为每晚服1煎。1周后复查心电图,ST段回升,疗效评定为显效。

按语:冠心病之治,决非活血化瘀或补气活血一法。辨证论治是取效的保障,有其证,立其法,遣其药,乃取效之道。本案无瘀无虚之证,纯属痰热互结,故以清热祛痰立法,宽胸理气为辅,仲景的“小陷胸汤”十分切合,原方投用。清热者黄连,祛痰者瓜蒌、半夏,药精证符。再佐竹茹、桑白皮、车前草、野菊之清化,菖蒲、郁金之透窍,丹参、郁金之行气活血,互结之痰热得以化解,胸憋之苦随缓而获效。本例退腻苔为关键,加牡蛎、薤白是其所用。为善其后,佐入云苓、陈皮以截生痰之源,乃图本之策。

13. 冠心病咳喘(麦味地黄汤)

病史:陈某某　男性　62岁　素有烟酒嗜好。患冠心病逾5载。2年前因“心肌梗死”施行“旁路移植”,缓解半年。近年经常胸痞隐痛,有时延及肩背,疼作短者2分钟,长则5分钟左右,每天发作4～5次。伴有干咳喘息,以劳累为主要诱因,日渐增重,发作时含服硝酸甘油或硝酸异山梨酯(消心痛),头胀难忍,改用速效救心丸,有时可以缓解,但发作不断。由病友介绍,来院门诊。

检查:舌红无苔,脉来细数,尺部沉弱。BP:17.3/12kPa(130/90mmHg)。现感腰痠膝软,心悸气短,神疲乏力,晨起心痛1次,约5分钟,胸闷及背,干咳无痰,动则喘息,五心烦热,夜梦纷纭,纳便尚调。上月查血糖正常。总胆固醇8.3mmol/L(320mg/dl),三酰甘油230mg/dl。查心电图示:Ⅱ、Ⅲ、aVF、T波倒置,下壁供血不足。

辨证:腰为肾府,腰膝痠软必为肾亏之症。心主血脉,心悸气短必为心虚之象。再察五心烦热,苔净质红,脉沉细数,阴虚无疑,脉症参合,系心肾阴亏,无力推动,不荣则痛,故有胸痞隐痛之苦,动则益甚,喘促不足以息,虚则乏力,精神难振。病在心,根于肾,阴亏不足,虚热内生矣。

诊断:胸痹病,心肾阴亏,阴虚内热证。冠心病。

治法:滋阴养心,清热通痹,宗《医级》“麦味地黄丸”加减。

处方:

生　地10g	麦　冬10g	黄　精10g	五味子10g
泽　泻10g	丹　皮10g	云　苓15g	车前草30g
首　乌10g	川　芎10g	玄　胡10g	川楝子10g
川牛膝15g	生杜仲10g	槲寄生15g	

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,咳喘已止,心痛减轻,每日仅作1次,自觉体力增强,语音有力,心情平稳,阴亏渐滋,内热始清,加强养心之力,入三七粉3g冲、炒枣仁10g,连服半月,心痛仅有2次,痛时已短,1～2分钟左右,夜梦亦少,去牛膝、川芎,投丹参30g、生山楂15g,三七粉增为6g冲服,减为每晚服1煎,上下午各服3g麦味地黄丸。连用近2个月,已无症状。苔薄白,脉弦细,复查心电图示,T波大多直立,Ⅱ平坦。血脂正常,嘱常服麦味地黄丸善后巩固。

按语：中老年患冠心病肾亏者并不少见。此案系心肾阴亏而致胸痹心痛，麦味地黄正合其证。用麦冬之强心，六味之养阴，五味子之收敛，针对胸痹之咳喘甚为贴切，伍“阳中求阴”且有强心效应的槲寄生、生杜仲可增其效。金铃子散可止痛，川芎、牛膝调升降气机，也可通痹止痛。黄精、首乌、山楂、三七均可助主药养阴止痛且降血脂。全方理法方药明确，用药独特，疗效理想。

14. 冠心病盗汗（玉屏风散）

病史：李生　48 岁　患冠心病已近 2 载，心区隐痛，持续 3～5 分钟，每天痛作 2～3 次，以劳累、受寒、生气为发作诱因，心悸气短，食纳不香，入睡困难，醒后盗汗，湿透衣被，二便通调。曾服活血化瘀中药，其效不著，反而气短加重。痛作时含服硝酸甘油临时止痛。经某医院心电图诊断为“劳累性心绞痛”。

检查：苔薄白，舌质淡，脉沉细。血液检查示：血液流变学中度异常，总胆固醇正常，三酰甘油轻度增高。BP：16.8/10.7kPa（125/80mmHg）。心电图示：V_3～V_5 T 波倒置，前壁供血不足。

辨证：心气虚损，鼓动无力而心痛时作，时感心悸气短，表阳不固而有汗出湿衣之症。纳少眠难，苔白质淡，脉来沉细，均为气虚表现。前医只据“不通则痛”，未见瘀血证类，妄投化瘀之品，焉能取效？活血之品常伤正气，故气短反重，此乃中药之不良反应矣。

诊断：胸痹病，心气虚损，卫阳不固证。冠心病。

治法：补益心气，固表止汗，守《世医得效方》“玉屏风散”加味。

处方：

生　芪 15g	白　术 10g	防　风 5g	生牡蛎 30g
桂　枝 10g	白　芍 10g	云　苓 10g	生龙骨 30g
黄　精 10g	川　楝 10g	玄　胡 10g	夜交藤 30g
三七粉 3g冲	琥珀粉 2g冲		

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。连服 7 剂，心痛显减，每日只作 1 次，痛时减为 1 分钟左右，盗汗已轻，不湿衣被，惟心悸气短如故。心气得复，鼓动有力，通则痛轻，治守前法，稍作调整，增强补心之力，去龙牡，加扁豆衣 10g、仙鹤草 10g，连服 10 剂，心痛已止，盗汗亦停，心悸气短明显缓解，苔薄白，脉小弦。原方 5 剂量，三七加为 6g，共研细末，装入 1 号胶囊，早晚各服 5 粒。坚持服药 2 个月，复查心电图已正常。精神体力明显增强，心痛盗汗未再复发。

按语：盗汗决非仅仅阴虚所致，卫阳虚而不固，盗汗湿被者屡见不鲜。本案脉症无阴虚可究，心悸气短，食少心痛皆系心气虚损所致，验舌淡白，诊脉沉细，气虚无疑。生芪既补心气又固卫阳，一味两用，是为君药，辅以白术健脾而助气血生化之源，利于气充血旺。佐以防风走表，既祛表虚易感之风邪，又引芪术达表而固卫阳。再合和营收敛的“桂枝加龙牡汤”，营卫既和，胸阳得通，心痛见缓，表阳得固，盗汗显减，云苓、扁豆衣、仙鹤草均为心气虚损所设，增其补心之力，黄精气阴双补，阴生阳长也。金铃子散、三七粉冲服均为心痛所设，增其镇痛之功。夜交藤、琥珀粉养心宁神，神宁气复，为重要的佐使药。全方突出补气兼调营卫，辨证精当，论治灵活，其效乃显。

15. 冠心病纳呆（温胆汤）

病史：肖叟　71岁　3年前心痛难忍，在某医院急诊，后又收治入院，住院近月，确诊为“冠心病”。嗣后常因劳累、受寒心痛发作，每次痛作5～10分钟不等，每日必痛2～3次，以憋痛为主，痛时头重如裹，浑身困乏，平时口黏纳呆，大便干结，夜寐易醒。异山梨酯等各种西药久服无效，近年改用中药，大多活血化瘀，或补气活血，效果亦不明显。遂来心病专科门诊就治。

检查：苔黄腻，质较暗，脉弦滑。BP：18.7/12.0kPa（140/90mmHg）。心电图示：ST段V_5下降，T波Ⅱ、Ⅲ、aVF低平，前壁、下壁供血不足。血总胆固醇9.36mmol/L（360mg/dl），低密度脂蛋白1.5mmol/L。

辨证：痰浊闭塞证类可见胸憋头重，口黏纳呆，苔腻脉滑。本案悉俱，加之便秘，苔黄，故其病因为痰浊化热，病机乃痹阻胸阳。无形痰浊又见质暗，有瘀阻表现，可辨证为痰瘀互结，但痰重瘀轻，应以痰浊为主。专施化瘀而无祛痰，其效难奏。如今冠心病无形痰浊闭阻者并不少见，但见苔腻便可确立。

诊断：胸痹病，痰浊闭塞，胸阳痹阻证。冠心病。

治法：祛痰清化，通痹止痛，拟《千金方》“温胆汤”化裁。

处方：

竹　茹 10g	枳　壳 10g	云　苓 15g	陈　皮 15g
菖　蒲 10g	郁　金 10g	丹　参 30g	全瓜蒌 30g
川　芎 10g	薤　白 10g	丹　皮 10g	莱菔子 10g

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。7剂后憋痛虽有减轻，但痛时次数均无改变，口黏纳呆，困乏便秘亦无缓解，苔黄厚腻，脉仍弦滑。闭塞之痰浊未祛，疗效难显，治重祛痰开痹，上方去川芎、丹皮，加茵陈15g后下、泽泻10g、生牡蛎30g、生龙骨30g、海蛤壳30g，再进7剂。苔腻减半，憋痛显轻，精神好转，口黏已除，食纳始增，痰浊渐祛，守法续进，莱菔子改用30g，加草决明30g。连服14剂，苔转薄黄，心区憋痛解除，腑行通畅，食纳倍增，精神好转，嘱汤剂改为每晚服1煎。半月后停服汤剂，改服“加味保和丸”，每餐后即服3g以资巩固。月余介绍病友就诊，自诉恢复正常，复查心电图已无供血不足。

按语：胸痹病苔腻者，系痰浊闭塞之证，退苔腻乃取效之本，此案先投“温胆汤”祛痰除腻之力不足，其效不著，复诊时加大祛痰力度，伍茵陈、泽泻又加“三石”，苔腻减半，其效显著。胸痹病腑行不畅也会影响疗效，故用莱菔子 30g 伍入草决明 30g 和原方的全瓜蒌 30g，润肠通便之功明显，腑行通畅，疗效提高。为巩固其效，从和胃消导着手，餐后长服加味保和，截断“生痰之源”，振奋食欲，“胃气为本”本案可证矣。

16. 冠心病心痛（血府逐瘀汤）

病史：宋某某　女性　55 岁　患有糖尿病史逾 5 载，一直口服格列喹酮（糖适平）控制。近年来阵发心区刺痛，牵彻后背，延及左指，每日发作 5 次左右，每次持续近 10 分钟，痛时含服硝酸甘油先则 1 片，现今 2 片，2～3 分钟可以缓解，伴有心悸失眠，下肢轻微浮肿，纳便尚调。近旬查空腹血糖 8.1mmol/L。总胆固醇 9.36mmol/L（360mg/dl）。

检查：苔薄黄，质紫斑，脉弦涩。BP：17.3/11.3kPa（130/85mmHg）。唇舌青紫，舌下静脉显露。心电图示：V_4～V_6 ST 段下移，大于 0.05mV，前壁供血不足。

辨证：心区刺痛，舌有紫斑，脉象见涩为瘀血痹阻心窍之征。痛有放射，脉来有弦为气滞之象。心悸失眠，瘀阻心脉，心神失宁，下肢浮肿，心动无力，饮停肌表之故。本案辨证气滞血瘀，不通则痛，“阴弦”实证矣。

诊断：胸痹心痛，瘀血内阻，气机不畅证。冠心病心绞痛（劳力稳定型）。

治法：活血化瘀，行气止痛，宜《医林改错》“血府逐瘀汤”加减。

处方：

当　归 10g	川　芎 10g	赤　芍 10g	丹　参 30g
红　花 10g	苏　木 10g	柴　胡 10g	葛　根 10g
菖　蒲 10g	郁　金 10g	桔　梗 10g	牛　膝 15g
全瓜蒌 30g	三七粉 3g冲	琥珀粉 2g冲	

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。连服 14 剂，心区刺痛解除，惟心悸不减，偶感气短，夜寐仍差，舌紫减轻，脉来弦细，瘀血已通，通则不痛。心气轻损，兼顾扶正，上方去红花、苏木，加生芪 10g、炒枣仁 10g、夜交藤 30g，改为每晚服 1 煎，1 月后，心痛未作，心悸失眠好转，气短未重。复查心电图已正常。停服汤剂，用“正心泰”胶囊善后，未再复诊。

按语：“血府逐瘀汤”活血化瘀效方。由三部分组成，以“桃红四物汤”活血，投柴胡、枳壳行气，气行则血行，以桔梗、川牛膝调理升降气机，利于化瘀。结合本案证情，以苏木易桃仁，加大化瘀止痛之力。痰瘀常常互结，用全瓜蒌祛痰，痰瘀同治。升发清阳，解肌止痛，三七、琥珀止痛定悸，安眠良药。全方配伍得当，集中化瘀，通而除痛。活血化瘀久服必伤心气，故有气短之生，宜中病即止，不可过用。心痛缓解，及时减其化瘀之品，适加扶正宁心的生芪、枣仁等而获效。胸痹病复发率高，“正心泰”胶囊在补气活血的基础上，加入槲寄生等补肾之品，组方不同于面市的心病中成药，故以其善后收功。

17. 冠心病心悸(三参饮)

病史:赵妇 66岁 有原发性高血压史近10年,经常头晕发空,项紧肢麻,现服北京0号胶囊控制血压。2年前恼怒激动,心情不畅,突感胸区憋痛,心悸怔忡,气怯难续,有明显的坠落感。嗣后心悸憋痛时作,气短加重,心烦口苦,口渴少饮,失眠梦集。血压升高则心悸加重。曾经某医院住院检查,诊为"冠心病心律失常,原发性高血压",久服中西药乏效而来门诊。

检查:苔薄黄,质紫暗,脉来细而结促。BP:20.0/12.7kPa(150/95mmHg),唇色较紫,心率98次/分,心律不齐,无明显杂音。心电图示:Ⅰ、aVL T波倒置,$V_3 \sim V_5$ ST段下移,侧壁、前壁供血不足。有室性早搏。

辨证:心悸怔忡,气短头空,苔薄脉细系气虚表现。项紧肢麻,舌紫暗,脉结促系瘀阻表现。心烦口苦,头晕梦集系心火表现。本案病位在心,病机属气虚血瘀兼杂心火,为本虚标实证。

诊断:胸痹心悸,气虚血瘀,心火上炎证。冠心病心律失常。

治法:补心气,化瘀血,清心火,投经验方"三参饮"加味。

处方:

党　参15g	丹　参30g	苦　参10g	生龙骨30g
生　芪10g	葛　根10g	川　芎10g	仙鹤草10g
黄　连10g	肉　桂3g	当　归10g	野菊花10g
石　韦10g			

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,怔忡消失,心悸胸憋缓解。BP降为17.3/12.0kPa(130/90mmHg),心烦如旧,夜寐仍差。心气未复,瘀血渐化,心火乃炎,减温补,增清心,上方去黄芪、鹤草,加生栀子10g、炒枣仁30g、车前草30g、琥珀粉3g冲,续服7剂,心悸明显减轻,心率80次/分,夜寐转酣,心烦缓解。上方以生牡蛎30g代生龙骨,以生山楂15g代当归,改为每晚服1煎。1月后电话告之,心悸已除,脉无结促,不愿再服苦药,嘱其菊花、枸杞子泡饮,自行调养。

按语:经验方"三参饮",党参益气,丹参化瘀,苦参清热,《本草经百种录》载有:"苦参专治心经之火。"三药之功正合本案。为增补气之力,"血为气母",佐以"当归补血汤"和仙鹤草。为增清心之功,佐以交泰丸和野菊花、川芎、石韦,一则引入心经,二则使邪从尿泄,一升一降,调畅升降气机,又是止悸有特效的"药对"。葛根专治项紧头晕又可降压。琥珀针对梦集。全方攻补兼施,寒热并用而获效。

18. 冠心病心衰(真武汤)

病史:任某某　男性　60岁　素有冠心病史,入冬以来经常感冒。1周来低热不解,体温37.5℃上下,有汗心悸,喘息难卧,胸膈不舒,面浮肢肿,纳差尿少,头眩晕,身瞤动,振振欲擗地,形寒便溏。在某医院急诊留观,诊为"冠心病心力衰竭",强心利尿,输液3天,喘息浮肿加重,要求加服中药而来院急诊,继续留观。

检查:苔薄白,根稍腻,质淡胖,脉沉细,尺微弱。T 37.4℃,面目浮肿,面色苍白,下肢呈Ⅲ度凹性水肿。心肺听诊,无阳性体征发现。腹部无移动性浊音,肝大肋下2指,质地较硬,轻度触痛。心电图示:Ⅰ、aVL,$V_1 \sim V_5$ T波倒置,前后侧壁广泛心肌缺血。

辨证:水为至阴,其本在肾,水惟畏土,其制在脾。脾虚失健,土不制水而反克,肾亏气化失司,水无所主而妄行,小溲不利,发为水肿。水气凌心遂有胸憋喘息,心悸眩晕之苦。脾阳不振而致身瞤动,欲擗地,纳差便溏之征。阳虚不足必有形寒,风寒未除而见低热。苔薄白,风寒阳虚均可见之;根稍腻,水气内停之故;质淡胖,脉沉细,尺微弱均系阳损之征。本案证属阳衰水停,表里俱病,位于心、脾、肾三脏。

诊断:胸痹心衰,脾肾阳虚,水气凌心证。冠心病心力衰竭。

治法:温肾健脾,利水宁心,宗《伤寒论》"真武汤"方意加减。

处方:

桂　枝10g	云　苓15g	白　术10g	鹿角霜15g
白　芍10g	泽　泻10g	桔　梗5g	槲寄生15g
黄　精10g	川　芎10g	生　芪10g	车前草30g

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,低热退净,尿量倍增,浮肿祛其大半,喘息心悸遂有所减。阳气来复,水气渐退,守法再进,上方加薤白10g、蛇床子10g、炒葶苈子10g、葛根10g,续服14剂,浮肿退净,食纳转香,二便通调。嘱服"补心气口服液"、"正心泰胶囊"1月,巩固其效。

按语:仲景创"真武汤",用其温阳利水,为阳衰水停的效方,虑及附片温燥用鹿角霜代之,既温而不燥,又能通阳,助利水气。本案又有脾阳不振,运化失健之证,投生芪、泽泻补充真武汤健脾之不足,成为脾肾双温方。风寒表证仍有,汗出而低热不解,伍入桂枝汤之意调和营卫。桔梗、川芎宣肺透窍,可开鬼门,车前利尿去湿,可洁净腑,利于水气外泄而退浮肿。张介宾强调阴阳互根,调其平衡,有"阴中求阳"之训。两味强心药,黄精助脾阴,寄生滋肾阴,均为增效之特殊配伍。退水气之关键在于温通,故复诊时再配薤白头和蛇床子。葶苈子强心利尿,但其润肠对便溏不宜,故炒用且伍入具强心作用并能止泻的葛根。配方之妙尽在于此。心衰控制宜投补心气和正心泰,固本防复。

19. 冠心病心肌梗死（四逆加参汤）

病史：杨生　52 岁　确诊冠心病近载。晨起便干用力，突然心痛剧烈，有压缩感，胸憋窒息，大汗淋漓，四肢厥逆。来院急诊救治。

检查：苔薄白，质淡胖，脉微欲绝。T 35.0℃，面色苍白，汗出如珠，四肢厥冷。BP：9.33/5.33kPa(70/40mmHg)，心区听诊，心率 102 次/分，第一心音减弱。急查心电图示：Ⅱ、Ⅲ、aVF ST 段明显抬高，弓背向上。验血白细胞 10×10^9/L，中性 90%，血沉 36mm/h，转氨酶 180U。

辨证：元阳暴脱，阳衰阴盛而有心痛、油汗、厥逆、脉微之变，属危重证。

诊断：胸痹心厥，亡阳脱证。急性下壁心肌梗死。

治法：回阳救逆，急投《伤寒论》“四逆加参汤”加味。

处方：

生白芍 10g	干　姜 15g	炙甘草 10g	白人参 100g浓煎兑服
五味子 10g	煅龙骨 30g	三七粉 6g冲	制附片 30g先煎半小时

参附注射液 60ml 加入 10% 葡萄糖液中静滴，每分钟低于 60 滴，小壶每半小时注入参附注射液 4ml，直至血压回升。

隔盐灸神阙，艾条灸关元，针刺内关双侧，用补法。

结果：上方 1 剂急煎，顿服，2～4 小时服 1 煎。1 小时后心痛开始缓解，大汗减少。BP 回升 12.0/8.0kPa(90/60mmHg)。汤剂改为 6 小时服 1 煎，参附针 60ml 稀释静点维持，针灸每天 2 次。24 小时后 BP：16.0/10.7kPa(120/80mmHg)，四肢回暖，面色返红，心痛已轻，汗出也止。每天参附针 60mg 稀释静滴 1 次，针灸 1 次，汤剂白人参减为 15g 另煎，每日 1 剂，水煎分 2 次服。静卧留观 14 天，查血象、心电图均已复常，要求出院，嘱每天西洋参 3g 煎饮送三七粉 3g，坚持长服，以防再梗。

按语：“四逆散”回阳急救首方，此案心肌梗死合并心源性休克，系亡阳脱证，适宜“四逆汤”救脱，故用原方且增其量，以便集中药力，力挽脱证。四逆加参合人“独参汤”之意，固脱之力骤增，必须重用人参，浓煎兑服方效。本案用独参 100g，甚至可达200～300g，否则力薄难固。方中佐人白芍、五味、龙骨三味收涩之品，以敛耗散气阳，救脱危证，一面回其阳，一面敛其散，系有效之举。用三七粉旨在止痛，痛缓有利于患者情绪稳定。病情危急，汤剂难以应急，可用参附注射液静滴，其效立竿见影，急症急用；针灸固脱也具疗效，辅以灸回阳要穴神阙、关元，补升压验穴内关，针药兼施，发挥中医应急之优势。

20. 病毒性心肌炎(炙甘草汤)

病史:杨某某　男性　16岁　患儿2年前严冬,汗出当风,染上流感,引发病毒性心肌炎。中西药并治,发热消退,流感亦愈,惟心悸气短依存,每遇劳累感冒加重,精神渐差,体力渐降,四肢不温,晨起浮肿,纳谷不香,久经药治,未能根治。

检查:苔薄白,脉结代。面色不华,精神不振,自诉经常心区隐痛,头晕乏力。心脏听诊心音减弱,心率91次/分,心律不整,心尖区2级SM杂音。验血心肌酶谱,AST、CK、LDH均增高。心电图示:窦性心动过速,频发室性早搏,呈二联律。

辨证:心气虚损,心阳不振而见心痛气短、心悸乏力;阳虚下陷而致头晕;心阳累及脾运而有肢冷纳差;虚不运水,晨起浮肿。苔薄白,脉结代,阳衰气损之征。本案邪毒伤正,累及心脾,气虚阳衰之患。

诊断:心悸,心气衰损,脾失健运证。病毒性心肌炎。

治法:补益心气,健运脾阳。仲景《伤寒论》有训:"心动悸,脉结代,炙甘草汤主之。"

处方:

党　参10g	当　归10g	麦　冬10g	补骨脂10g
桂　枝10g	生　芪10g	黄　精10g	炙甘草10g
川　芎10g	木　香10g	山　楂15g	琥珀粉3g冲
石　韦10g	云　苓10g	泽　泻10g	

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,心悸缓解,心痛解除,精神好转,纳谷增加,浮肿如旧。心气渐充,心阳始振,法证相当,守法易药,去炙甘草,加三七粉3g冲服,再进7剂。浮肿减退,心悸已轻,结代脉已少。原方5剂量,共研细末,装入1号胶囊,早晚各服5粒,共服近4个月,复查心肌酶谱,心电图全部正常,家长不放心,又做24小时动态心电图也属正常,带补心气口服液去澳大利亚上学。

按语:"炙甘草汤"治心动悸、脉结代效方,临床屡见报道,但原方不变,其效有限,主要加强补气养血及温通之力。如本案佐入生芪、黄精、当归及桂枝、补骨脂即为此意。炙甘草会影响退肿,投7剂虽效,但浮肿不退,复诊时去之,代以三七粉,既可养心缓急,又不碍浮肿。琥珀和血养心,利于退肿。木香、山楂健脾和胃,恢复脾运而增食欲;云苓、泽泻渗湿退肿;川芎、石韦调畅升降气机,专止心悸。全方不失炙甘草汤补气养血,缓急复脉方意,又据证调配。此乃遵古而不泥古,惟有创新其效更显。

21. 高血压性心脏病(生脉散)

病史:贺妇　51岁　患者既往原发性高血压史近10年,血压经常在24.0~25.3/

13.3～16.0kPa(180～190/100～120mmHg)之间波动，服北京降压0号，血压维持在18.7/12.0kPa(140/90mmHg)左右，一旦停药，血压又升，长服牛黄降压丸、脑立清、菊明降压丸等中成药，疗效平平。近半年来工作紧张，经常加班加点，十分疲劳。自觉胸闷发憋，心慌气短，眩晕耳鸣，时时欲仆，心烦性躁，手心汗出，午后轰热，食纳不香，其苦难言，由病友介绍门诊求治。

检查：苔薄黄，质淡红，脉沉细数。形体消瘦，面色潮红。BP：20.0/13.3kPa(150/100mmHg)。心脏听诊主动脉瓣区第二心音亢进，闻及3级SM杂音。胸片示：主动脉弓屈曲延长，左室肥大，心脏呈靴形。心电图示：左室肥厚($RV_5+SV_1>35mm$，Ⅰ，aVL，V_5 ST段下移，T波平坦)。

辨证：本案久病致虚。气虚失健，心慌气短，神疲纳少。阴虚亏损，轰热性躁，眩晕耳鸣，苔黄质红。血不养心，烦而手汗，气虚鼓动无力，胸憋发慌，脉沉而细。病在心脾两经，因于气阴双亏。

诊断：眩晕心悸，气阴两虚，虚火上亢证。高血压性心脏病。

治法：益气养阴，清心宁神，投《内外伤辨惑论》“生脉散”加味。

处方：

麦　冬 15g	五味子 10g	草决明 30g	珍珠母 30g
葛　根 10g	野菊花 10g	净连翘 10g	琥珀粉 3g冲
云　苓 15g	西洋参 3g另煎兑服		

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。连服14剂，血压降至18.7/12.0kPa(140/90mmHg)，胸憋心悸明显缓解，食纳仍差，轰热依存。气虚渐复，阴亏未充，脾乃失健，再增滋阴健脾之力，原方加知母10g、莱菔子10g，续进7剂。自服10剂，轰热消失，食纳增加，眩晕耳鸣显减，血压降至17.3/12.0kPa(130/90mmHg)，效不更方，每剂仍煎2次，每晚只服1次。半月后复诊，心悸已轻，血压一直稳定在17.3/12.0kPa(130/90mmHg)以下，已停服降压0号。上方加三七粉6g，5剂量，研细末装入1号胶囊，早晚各服5粒，坚持长服，巩固疗效，未再复诊。

按语：“生脉散”原名“生脉饮”，仅三味组方。人参益气，麦冬养阴，五味酸敛气阴，为气阴双补的效方，药精力宏，与本案证情贴切。其加味者有二则：阴虚生内热，以连翘、琥珀清心；野菊、草决明、珍珠母清肝。脾失健运，投云苓、葛根健脾和胃，增其食欲。复诊时针对轰热纳呆，伍入知母，加大滋阴清热之功；莱菔子和胃消食，并助降压，再进获效。配以三七养血强心，丸剂缓图，以求防复。

莱菔子有明显的降压功效，消食导积并不破气，与参同用相助而不恶，已被临床所证实。本案加入莱菔子，血压一直平稳，停西药亦未反跳便是明证。可见高血压眩晕决非“水不涵木”、“肝阳肝风”之一端。中医降压有疗效优势，但不能固守一方一法，重在辨证为要。

22. 风湿性心脏病(苓桂术甘汤)

病史:尹妇 32岁 患有风湿性关节炎病史逾5载。近年关节痠楚虽有所缓,但经常胸憋心悸,劳累生气后更显,甚则脘胀浮肿,眩晕气短,唇色发紫,动则更甚,小便减少,食纳不振,腑行尚调。曾在某医院诊为“风湿性心脏病,心功能Ⅱ级”,长期服地高辛维持,服过复方丹参滴丸、地奥心血康等中成药效果不显,气短加重而停服。病友介绍来门诊求治。

检查:苔白滑,质淡白,脉沉细。面色不华,两颧潮红。唇爪较紫,面部下肢轻度凹陷性水肿。心脏听诊,心率86次/分,心尖区闻及3级双期杂音。胸片示:心影增大,呈梨状。心电图示:P波明显增宽。

辨证:脾阳不振,脾失健运,水湿内停而见脘满浮肿,气短乏力,动则尤甚,纳谷减少。水气凌心而见心悸胸憋,中阻水湿,清阳难升而见头晕目眩,唇紫爪青,饮停于内,中州不能气化而见小便不利。苔白滑,痰饮之征,质淡白,阳虚之象,脉沉细,脾虚无疑。本案痰饮为患,阳衰失健,病在心脾膀胱。

诊断:痰饮,脾阳不振,水湿内停证。风湿性心脏病(联合瓣膜病,Ⅱ°心力衰竭)。

治法:健脾利水,温阳化饮,宜《伤寒论》“苓桂术甘汤”去甘加味。

处方:

桂　枝10g	云　苓10g	泽　泻10g	炒白术10g
川　芎10g	生　芪15g	泽　兰10g	全瓜蒌30g
苡　仁10g	干　姜10g	扁豆衣5g	仙鹤草10g

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,小便明显增加,浮肿减退,食纳转香,仍有胸憋心悸,眩晕口干,苔脉如旧。化饮之力明显,温阳之功不足,用干姜口干,恐其温燥而易薤白,加白芥子10g,续投7剂。诸症俱减,加生杜仲10g、桑寄生10g,改为每晚服1煎,连服近月,自觉已无恙,要求改服成药。以上方加西洋参3g、三七粉6g,5剂量共研细末,装入1号胶囊,早晚各服6粒。嘱其坚持长服,稳定情绪,避免感冒劳累,忌口咸食。后病友转告,一直稳定,已正常工作。

按语:张仲景在《金匮要略》中论及:“病痰饮者,当以温药和之”、“短气有微饮,当从小便去之”,并组“苓桂术甘汤”温阳化饮之主方。临床验证依然有效。辨证关键有三:阳虚、失健、停饮也。甘草有留钠停饮之虑故去之。其加味也从三处着手:一是生黄芪、扁豆衣、仙鹤草助脾运,干姜温阳气(后因口干易用薤白);二是以川芎、生芪升清阳;三是以泽泻、泽兰、瓜蒌利水饮,此乃升清降浊,排出痰饮。伍用白芥子以其温性助阳,又可祛除经络之痰浊,而兼顾关节痠楚。杜仲、桑寄生从肾助脾,且能祛风湿强筋骨,对久痹有效。换散剂时加入西洋参、三七,既补气养血图其本,又强心健运治其心,为通治各类心脏病取效的药对。宿病痼疾最应图本巩固,防其复发。

23. 肾性高血压(二仙汤)

病史:曹生 56岁 患慢性肾小球肾炎已6年,查尿常规有蛋白(+~++),偶有红细胞,每年体检查肾功能尚在正常范围,一直忌口咸食,谨防感冒,并常服六味地黄浓缩丸维持。近半年时常头眩项板,有发空感。血压始终高于21.3/13.3kPa(160/100mmHg),久服中西药,头晕可减,血压不降,腰痠腿软,时感形寒,失眠心烦,有时手心觉热,但四肢不麻,食纳尚可,小便不多,腑行较干。来门诊试治。

检查:苔薄黄,质淡胖,脉细数,尺部弱。BP:22.7/14.7kPa(170/110mmHg),下肢轻度凹陷性水肿。心肺听诊无异常。尿蛋白++,红细胞5~10个/HP,未见管型。血肌酐106μmol/L(1.2mg/dl),尿素氮6.8mmol/L(19mg/dl)。

辨证:肾阳不足,气化不利,故尿少浮肿,腰痠形寒,舌质淡胖,尺部脉弱。肾阴亏损,阴虚内热,故手心觉热,心烦失眠,腑行发干,眩晕发空,舌苔薄黄,脉来细数。证属阴阳双虚,内热上炎,病位在肾,涉及心脾。

诊断:眩晕水肿,肾阳衰损,肾阴不足证。肾性高血压。

治法:温阳补肾,滋阴降火,守《上海经验方》"二仙汤"出入。

处方:

巴 戟10g	黄 柏10g	仙灵脾5g	蛇床子10g
知 母10g	当 归10g	生杜仲10g	桑寄生10g
葛 根10g	川 断15g	车前草30g	

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,血压降为20.0/13.3kPa(150/100mmHg),眩晕颈强减轻,浮肿已消,腑行仍干,验尿蛋白+,红细胞3~5个/HP。舌苔如前,脉已不数,守方加益母草10g、泽泻10g、草决明30g。自服14剂,血压降为18.7/12.0kPa(140/90mmHg),大便已润,尿蛋白±,红细胞1~2个/HP。嘱晨服"金匮肾气丸"6g,晚服上方1煎。2月余后,带病友就诊,称血压始终未高于17.3/12.0kPa(130/90mmHg),验尿已正常,验血肌酐97.2μmol/L(1.1mg/dl),尿素氮6.1mmol/L(17mg/dl),已无明显症状,苔薄白,脉弦细。停服汤剂,嘱仍服六味地黄浓缩丸,加正心泰胶囊善后。

按语:"二仙汤"调理冲任,原为妇女更年期综合征或高血压所设,既补肾阳,又滋肾阴,为调肾效方。一般误认为系妇女专方。实际临证,如见阴阳失调,肾亏虚证,无论男女投之均效,本案即为明证。

"二仙汤"系仙茅、仙灵脾之称。二仙合用势必温阳而燥,有碍滋肾方意,故以蛇床子易仙茅,再合杜仲、寄生,其燥大减。本方滋阴妙在用知柏清降相火而保肾阴;合车前草清热利尿,既助清降,又不伤阴;川断腰痠专药,葛根项强专药。全方配伍严谨,组方切证,其效明显。复诊时用益母草和血消尿中红细胞,泽泻利湿除尿中蛋白,

草决明润肠助清降。加味在理,其效再显。最后以补肾的六味地黄丸,益气又补肾的正心泰胶囊收功。

肾性高血压难降且易反复。肾亏者不能单纯偏补,肾有二脏,寓于水火,是五脏中惟一双性者,故补肾重在阴阳双顾,即张介宾所谓"阳中求阴"、"阴中求阳"之理,补肾法改为调肾法更妥。

24. 急性脑卒中(导痰汤)

病史:葛某某　男性　58岁　患有原发性高血压史5年以上。临近离休,思虑过度,近年来经常头重眩晕,口黏纳差,测血压均在20.0/13.3kPa(150/100mmHg)以上。常服西医降压药,血压未能复常。昨日工作劳累,生气激动,一夜难寐,梦集未止,凌晨突感头晕加剧,左半身麻木,起床取药,昏仆倒地。送来急诊留观。

检查:苔黄腻,脉弦滑。神志迷蒙,呼之能应但反应迟钝。瞳孔等大等圆,对光反应存在。左侧面瘫,口眼㖞斜,半身轻瘫,冷热痛觉障碍,吞咽困难。CT扫描示:脑腔隙性梗塞(内囊-壳-尾状核梗死)。BP:21.3~14.7kPa(160/110mmHg)。问诊2天未见腑行。

辨证:苔黄腻,脉弦滑,痰热之象,上蒙清空,眩晕头重,昏仆倒地,神识迷糊。阻滞经络,面瘫不遂。内停中焦,纳呆口黏,不见腑行。病位在脑(心主神明),病因痰热蒙塞清窍,阻滞经络,气血不畅。为中风中经络实证。

诊断:中风中经络,痰热蒙窍,阻滞经络证。脑卒中(腔隙性脑梗塞,急性期)。

治法:豁痰开窍,清热通络,宗《济生方》"导痰汤"化裁。

处方:

胆　星 10g	枳　壳 10g	天竹黄 10g	全瓜蒌 30g
云　苓 10g	陈　皮 10g	莱菔子 15g	草决明 30g
制大黄 10g	郁　金 10g	石菖蒲 10g	白僵蚕 10g
车前草 30g			

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。服药前先吞2粒"安脑丸",当晚排出大量褐色便,神志渐清,苔腻渐退,BP:18.7/12.7kPa(140/95mmHg),想进流食,痰热随腑行而泄,应乘胜除尽并增通络透窍之力。上方加地龙10g、水蛭粉3g,装入胶囊吞服,并嘱家属煮第三煎温敷面瘫和不遂处。第二天排便2次,不成形。BP:17.3/12.0kPa(130/90mmHg),头重眩晕明显减轻,苔腻退净,转成薄黄苔,脉弦不滑,左侧肢体感觉恢复,但活动仍不便。方切病机,续服2天,BP:17.3/12.0kPa(130/90mmHg),稀便每日1次,无腹痛,面瘫好转,肢体活动稍利。痰热渐清,转补气活络,以复肢体活动。上方去胆星、竹黄、草决明,加生芪15g、竹茹10g、丹参30g、三七粉3g装入胶囊吞服。观察5天,BP:17.3/12.0kPa(130/90mmHg),一直稳定,患者要求回家调养,以生芪30g、三七30g、水蛭15g、菖蒲15g、郁金15g、制大黄15g,共研细末装入1号胶囊,早晚各服6粒,

同时服2粒安脑丸,用丹参30g、苏木10g、红花5g、鸡血藤15g、路路通10g、生栀子10g、川牛膝15g、伸筋草10g,煎水外洗面瘫不遂处,由家属搀扶出院。1月后自己步行到门诊,苔薄黄,脉弦细,拿CT复查片子,腔隙性梗塞范围明显缩小。嘱仍以前法巩固。未再复诊。

按语:时医治疗眩晕不遂,多以补气活血立法,守《医林改错》"补阳还五汤"变化。殊不知法随证变之理,痰热蒙窍,仍守其法,焉能奏效乎?本案痰热之患,既蒙清窍又阻经络,祛之要重三法:一宜清,二宜豁,三要通其腑。清化痰热用胆星、天竹黄、瓜蒌、僵蚕,更以制大黄助其泻热,清力倍增。豁者有二意:透窍与剔络,故投菖蒲、郁金与地龙、水蛭。治脑卒中,通腑是取效之关键所在,无论有无便干,早用通腑有益无害,况且本案已有2天不见腑行,重用草决明、全瓜蒌是润肠效药,加之车前草利尿,分利两便,痰热可泄,立竿见效。痰热清除再法转补气活血,重用生芪,转投温胆,再入丹参、三七。最后以丸散缓图,配以熏洗,恢复功能,防止再复。中医对急症同样具有疗效优势。精确辨证,据证立法,刻意组方,用心遣药,可以确保疗效。

25. 血管神经性头痛(乌梅汤)

病史:傅生　38岁　偏左头痛近2载,每因生气、劳累、用脑过度时诱发,发作时头胀跳痛,短则30分钟,长则数小时,其苦难言,面色苍白,冷汗时出,四肢不温,恶心欲吐,心烦意乱,口苦性躁,难以入睡,纳便尚调。曾经各项检查均无异常发现,诊断为"血管神经性头痛"。西药仅临时止痛。中药曾服疏肝理气,平肝潜阳,活血化瘀,滋肾清降,补中升阳诸方,亦难奏效。

检查:苔薄黄但不燥,脉沉细而不数。候诊过累,头痛发作,痛苦病容,面色苍白,头出冷汗,性躁心烦。BP:16.67/10.7kPa(125/80mmHg)。

辨证:足厥阴肝经上头循额,偏左头痛与厥阴相关显然,厥阴证乃寒热错杂:寒者面白肢凉,冷汗苔润,脉来沉细;热者心烦性躁,恶心欲吐,口苦苔黄。本案为厥阴头痛,病位在肝。

诊断:厥阴头痛,寒热错杂,虚实兼挟证。血管神经性头痛。

治法:温清并治,攻补兼施,投《伤寒论》"乌梅丸"原方,改为汤剂。

处方:

肉　桂3g	干　姜5g	细　辛3g	川　椒3g
黄　连5g	黄　柏5g	党　参10g	当　归10g
乌　梅10g	制附片10g先煎30分钟		

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,偏头痛日渐减轻,面色红润,夜寐转酣,情绪稳定,苔薄白,脉弦细。嘱其改服乌梅丸,早晚各1丸,连服1个月,偏头痛未再复发。

按语：张仲景创"乌梅丸"专治"厥阴证"，近人多用于胆道蛔厥证。先师叶心清为著名临床学家，首创用其止偏头痛，实属奇法，常常奏效。

原方"乌梅丸"改为汤剂，仍由10味组成：热药五味，乃附片、肉桂、细辛、干姜和川椒。寒药两味，为黄连、黄柏；补气的党参，养血的当归及主药大乌梅。经方的特点是药精量轻，配伍严谨，只要切中病机奏效显著。"乌梅汤"辨证关键是寒热错杂，虚实兼挟。寒热用量视偏重而定。本案寒轻热重，故寒药量重，热药量轻。其中要守古训，细辛不能过钱(3g以下)，川椒多用发麻，除云贵川诸省外其口感常难适应，故用量也在3g以内。为防附子乌头碱之毒，必须炮制外还应先煎30min为妥。

26.2型糖尿病(补中益气汤)

病史：李生　57岁　患糖尿病5年，口服"格列喹酮(糖适平)"、"二甲双胍"，空腹血糖波动在9.99mmol/L～12.21mmol/L(180～220mg/dl)之间，形瘦神疲，气短乏力，动则汗出，气短更著，腰膝痠软，心烦性急，手心出汗，口干不饮，夜寐不安。服消渴丸和养阴清热中药效果不明显，经人介绍来专科门诊求治。

检查：苔薄白，脉沉细数。形体消瘦，面色不华，精神不佳，语音低怯。

辨证：病经5载，其气必虚，气短乏力，动则汗出，苔白脉细可证。兼有阴虚而见手心汗出，腰膝痠软，阴虚生内热而有心烦眠差，形瘦脉数之苦。其病气虚为主，兼有阴虚且生虚火，病位在心肾，名为消渴病。

诊断：消渴，气阴两虚，虚火上炎证。2型糖尿病。

治法：补气为主，佐以养阴清火，宗《脾胃论》"补中益气汤"加减。

处方：

生　芪15g	当　归10g	白　术10g	生苡仁10g
知　母15g	黄　精15g	云　苓10g	五倍子10g
生　地30g	葛　根15g	陈　皮10g	生龙骨30g
银柴胡5g	白人参3g另煎兑服		

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。连服7剂，汗出已止，心悸气短减轻，精神好转，仍感腰痠寐差，苔薄白脉沉细。气阴得复，仍应守法，再增益肾宁神之品，加生杜仲10g、桑寄生10g、夜交藤30g，续进7剂，腰痠已轻，夜寐转酣，精神体力明显好转。验空腹血糖7.49mmol/L(135mg/dl)。上方去白术、银柴胡，加川断15g，改为每晚服1煎，上下午各服杞菊地黄胶囊5粒。1月后复诊，无明显症状可诉，复查空腹血糖6.66mmol/L(120mg/dl)。守法续进，嘱逐渐减少口服降糖药用量。1月后再复诊，口服降糖药已停用，空腹血糖6.9mmol/L(125mg/dl)。嘱停汤剂，以杞菊地黄胶囊下午服8粒，补中益气丸上午服3g，长期坚持，巩固疗效。

按语：糖尿病中医称作“消渴病”，最早记载于《黄帝内经》，如《素问·奇病论》：“肥者，令人内热，甘者，令人中满。故其气上溢，转为消渴。”常责之于阴虚燥热，分三消证治。上消多饮，肺热虚损，润肺为治；中消多食，胃阴不足，养胃为治；下消多尿，肾阴亏损，滋肾为治。殊不知，消渴病年迈日久，常以气虚表现突出，主诉气短乏力，心悸消瘦，验苔薄白，舌质不红，诊脉沉细而弱，其来不数，此时三多症状并不明显，有时也兼阴虚，仅为轻度的五心烦热，夜寐不安表现，如见口干，也不多饮，此类消渴为数不少，其治应由清热养阴转到补气养阴上来，以补气为主。

本案以气虚为主，兼有阴虚内热，投“补中益气汤”甚为贴切。补气重用参芪，但不可投以党参，以防更升血糖，佐白术健脾，当归养血，增强补气之力。养阴者重用生地30g，黄精一味则气阴双补，清降虚火用知母。补中益气汤有升清功效，但不用升麻、柴胡，易用葛根，不失升清更助降糖。银柴胡同柴胡之升，又可清热。云苓、生龙骨、五倍子三味，古称“玉锁丹”，专为降糖所设。老年糖尿病还应兼以补肾宁神，投杜仲、寄生，用夜交藤还可入炒枣仁。此等均属增效巧配。

糖尿病难治，常易反复，其因有二：生气和饮食。为防其变，稳定情绪，控制饮食至关必要，药物之助，仍重脾肾二本，健脾者“补中益气丸”，补肾者“杞菊地黄胶囊”。总之，2 型糖尿病补气立法，注意善后，其效可靠。

27. 肥厚性胃炎（半夏泻心汤）

病史：吴生　30 岁　患者平素性躁嗜酒。1 年前因家庭纠纷暴怒一场。嗣后常感两胁胀满，如有物顶撑，延及脘痛，纳差恶心，时有泛酸，晨起口苦，两便尚调。日渐消瘦，疑生肿瘤，终日惶惶。在某医院做胃镜，诊断为“肥厚性胃炎”。服西药无效，求治于中医而来门诊。

检查：苔薄黄腻，舌质红，脉弦数。腹软无肌卫，无触痛，肝脾未触及。

辨证：胁者肝之分野，肝郁则有胀满。气有余便是火，肝旺则口苦性躁。肝气犯胃，胃失和降，则泛酸恶心，脘痛纳差。苔黄质红，脉象弦数皆肝郁化热之征。病位肝胃，证属肝火胃逆。

诊断：脘胁痛，肝郁化火，胃失和降证。肥厚性胃炎。

治法：清肝解郁，和胃降逆，宗《伤寒论》“半夏泻心汤”化裁。

处方：

黄　连 10g	黄　芩 10g	莱菔子 10g	姜半夏 10g
陈　皮 10g	公　英 10g	焦三仙 30g	生牡蛎 30g
云　苓 10g	党　参 10g	生赭石 30g	

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。连服 7 剂，泛酸除，恶心止，脘痛轻，纳谷增，胁胀如故，苔薄黄，脉小弦。胃已和降，肝郁依存，守法增疏肝之力，上方去赭石，加川楝子 10g、木香 10g、柴胡 10g，续进 7 剂，胁胀明显缓解，食纳增加，口苦解除，改为每晚服 1

煎,上下午各服逍遥丸3g。1月后复诊,已无明显症状,心情平稳,纳便通调,诉胃镜复查胃炎基本已愈。嘱停汤剂,餐后各服保和丸3g,早晚服逍遥丸,善后收功。

按语:仲景制:"半夏泻心汤"以姜夏、黄连为主药,辛开苦降,专调肝胃不和。一味党参振奋脾运以和胃而不恋邪。云苓、陈皮、木香和胃除湿,牡蛎、赭石降逆制酸,莱菔子、焦三仙消食开胃。黄芩、柴胡、川楝子理气解郁且清热。公英苦寒,清热和胃且为寒性反佐,防姜半夏之温燥。全方调肝抓住清热解郁,和胃重于降逆消导。此乃肝胃不和证的治疗大法。

28. 萎缩性胃炎(良附丸)

病史:谭生 33岁 素性好强,急躁易怒,近2载喜食生冷,以致胃脘凉痛,痛甚延及胁肋,进食加重,得温则舒,影响食纳,腑行常溏,时有眩晕,服用多种中西药可以临时缓解,但情绪波动,饮食不节即可诱发。日趋加重,曾在某医院做胃镜诊断为"萎缩性胃炎"。亲属治疗见效而同来门诊。

检查:舌苔薄白,脉象弦紧。腹部平软,无触痛。肝脾未触及。BP:16～10.7kPa(120/80mmHg)。

辨证:有饮冷史,胃脘凉痛,苔白脉紧,胃有寒凝。性躁胁满,眩晕脉弦,肝有郁滞。病在肝胃,因乃气滞寒凝。

诊断:胃脘痛,肝胃不和,气滞寒凝证。萎缩性胃炎。

治法:温中祛寒,行气止痛,宜《良方集腋》"良附丸"加味。

处方:

高良姜10g	香　附10g	元　胡10g	木　香10g
川楝子10g	桂　枝10g	乌　药10g	丹　参30g
赤白芍各10g	公　英10g	云　苓10g	乌　梅10g

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,胃脘凉痛明显减轻,胁满已除,偶有胃脘灼热,食纳仍差,苔薄白,脉小弦。胃寒渐祛,肝郁得解,然运化无力,佐入健运之品,加炒白术10g、焦三仙30g,再进7剂,胃脘灼热解除,纳谷有增。原方加三七粉6g,5剂量,共研细末,装入1号胶囊,早晚各服6粒。又近月余,胃痛未复,纳便通调,胃镜复查萎缩性胃炎明显好转。嘱继续配服胶囊,稳定情绪,免进生冷,以资根治。

按语:高良姜温中,制香附行气,两味主药贴切病机。桂枝、乌药助其温中祛寒,香附、木香、川楝子、元胡助其行气止痛,白芍配桂枝有桂枝汤方意,调其营卫可增祛寒止痛之力。赤芍合丹参,有化瘀之功,活血可助行气。公英、川楝子均为寒性反佐,防其温

热太过，伤及阴分，公英又是消胃炎良药。云苓、乌梅专治胃脘，是萎缩性胃炎的有效药对。复诊时加入白术、焦三仙健运和胃，食纳始增。全方既温中，又行气，守“良附丸”方意而不泥古，针对西医病理加以拓展，但不失辨证之意，这是辨证论治活用，中西医配合应用的实例。

29. 十二指肠溃疡（香砂六君子汤）

病史：黄妇　45岁　患溃疡病2载左右，溃疡灶位于十二指肠壶腹部，常感胃脘隐痛，胁部胀满，食欲不振，阵发泛酸，晨起便溏，入暮肢肿，餐前1小时左右脘部隐痛发凉，稍进食即缓解。每于情绪激动，思虑过度时加重。神疲乏力，气短肢困，日渐消瘦。在某医院上消化道钡餐造影示：十二指肠壶腹部见有0.5cm大小的龛影。曾经中西药治，疗效不显，来院门诊，要求汤剂治疗。

检查：苔薄白，舌质淡，脉沉细，关小弦。慢性病容，面色欠华，腹软无压痛，肝脾未触及。

辨证：肝郁不舒，胁满泛酸，木旺克土，脾虚失健，胃脘隐痛，便溏肢肿，苔白质淡，脉沉细关小弦，均系肝旺脾虚之征。本案属肝脾不调，不调者，肝郁脾虚也。

诊断：胃脘痛，木旺克土，肝郁脾虚证。十二指肠壶腹部溃疡。

治法：抑木扶土，疏肝健脾，宗《时方歌括》“香砂六君子汤”出入。

处方：

党　参10g	云　苓10g	陈　皮10g	炒白术10g
木　香10g	砂　仁10g	公　英10g	川楝子10g
菖　蒲10g	郁　金10g	玄　胡10g	生牡蛎30g

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。连服7剂，脘痛缓解，泛酸已除，便溏如旧。守法再佐健脾之品，加煨葛根10g、白及10g。续进7剂，便溏即止。上方10剂量，共研细末装入1号胶囊，早晚各服6粒，坚持服用近半年，钡餐复查龛影消失。

按语：“香砂六君子汤”是抑木扶土效方。本案肝郁脾虚，正合方意。投之去炙甘草和法半夏，以防甘碍抑木，燥损脾虚。伍入金铃子散既助抑木又能止痛；牡蛎制酸；菖蒲、郁金舒肝行气，加强扶土之力，现代药理证实这个药对有调整大脑皮质功能，对稳定情绪，放松脑力有利，可以帮助克服致痛的诱因。公英苦寒但不伤胃，用作寒性反佐，现代药理证实其能促进溃疡面的愈合。中西医应当配合，取长补短，组方中要提倡采用现代药理研究的成果，但以不违背辨证论治为原则，这是提高临床疗效的一个途径。

30. 胃肠神经官能症(保和丸)

病史:赵生　29岁　素性急躁,经常酗酒,饮食不节。近年胃脘胀痛,纳谷不香,时有嗳气,腑行干结,夜寐梦集,在某医院各项检查均无阳性发现,被诊为“胃肠神经官能症”。久经中西药治,胀痛不除,情绪更躁,门诊求服汤药。

检查:苔黄厚腻,舌质红,脉沉细,关小弦。面赤,腹部平软,无压痛,肝脾均未触及。

辨证:素体肝郁,兼伤饮食,食阻胃脘而有胀痛纳呆,嗳气便结之苦,验苔厚腻,食积之苔,食积最易化热,故夜梦不断,苔黄质红。脉见沉细与症不符,时医曾据脉投归脾之类,胀痛更甚。当以苔为准,辨为实证,病因食阻化热,病位以胃为主,涉及心肝。

诊断:胃脘痛,食阻内停,化热扰神证。胃肠神经官能症。

治法:消食和胃,清肝宁神,投《丹溪心法》的“保和丸”加味。

处方:

云　苓 10g	陈　皮 10g	法半夏 10g	莱菔子 15g
连　翘 10g	川　楝 10g	玄　胡 10g	焦三仙 30g
栀　子 10g	鸡内金 30g	木　香 10g	夜交藤 30g
草决明 30g			

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,腑行通肠,胃脘胀痛大减,嗳气停止,纳谷转香,苔薄黄腻,脉仍沉细。食积渐消,胃气和降,症情缓解,守法加竹茹10g、枳壳10g,改为每晚服1煎,再服7剂,半个月后复诊,胃脘不痛,纳便通调,夜寐转酣。嘱每餐后服3g“加味保和丸”,以防再复,稳定情绪,节制饮食。未再复诊。

按语:胃为仓廪之官,主纳谷,善和降,暴食酗酒伤胃,受纳无度,食阻中焦,胃失和降而诸证皆现。此即《素问·痹论》所言:“饮食自倍,肠胃乃伤也。”消食积从和胃着手是其大法。焦三仙为主药,由山楂、神曲、麦芽组成,可消肉谷一切食积,辅以“二陈汤”,加强和胃之功,再以木香、枳壳醒脾,脾运振奋,胃气得和。食阻化热多见,本案性躁肝胃之热均显,生栀子、川楝子、草决明、竹茹、连翘,投之清化,热除则胃和也。便结不通,热难清,积不消,通腑是重要之佐,方用莱菔子、草决明,均以润肠通便著称。一味夜交藤佐以宁神。全方药味不杂,和胃主题突出,辅佐得法,奏效明显。再以“加味保和丸”善后防复,近年疾苦,得以解除。

31. 无黄疸型肝炎(膈下逐瘀汤)

病史:王某某　男性　45岁　患无黄疸型肝炎近2月。自觉肝区刺痛,乏力纳差,眩晕耳鸣,失眠梦集,晨起口苦,大便较干,小溲色黄。曾在某医院住院近月,西医治疗

症状不缓，指标不降，本月查肝功，GPT520U，TTT8U。求治中医而来门诊。

检查：苔薄黄，质暗红，有紫斑，脉弦涩。面目皮肤无黄染，腹平软，无肌卫，肝大肋下2指，质小硬，脾未触及。

辨证：胁为肝之分野，胁部刺痛，肝郁瘀阻，质暗紫斑，脉来弦涩，肝瘀无疑。肝郁化热，证见眩晕口苦，失眠耳鸣，便干尿黄，舌苔薄黄。横逆中土，健运失司而有纳差乏力之苦。病因肝热瘀阻。

诊断：胁痛，肝热瘀阻，健运失司证。无黄疸型肝炎。

治法：行气活血，醒脾止痛，宗《医林改错》之"膈下逐瘀汤"化裁。

处方：

桃　仁 10g	红　花 10g	当　归 10g	川楝子 10g
赤　芍 10g	川　芎 10g	丹　皮 10g	莱菔子 15g
木　香 10g	枳　壳 10g	香　附 10g	车前草 30g
玄　胡 10g	草决明 30g	茵　陈 15g后下	

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。连服7剂，胁痛明显缓解，大便已畅，食纳增加，仍有梦集。瘀阻渐祛，脾运渐健，守法增大化瘀宁神续进，上方加丹参30g、夜交藤30g，再进14剂，胁痛已止，质暗好转，紫斑减轻，脉来弦细。改为每晚服1煎，半个月后复诊，已无主诉，纳便通调，精神振作，肝脾未触及。复查肝功GPT40U，TTT5U，嘱停汤剂，服丹七片善后，未再复诊。

按语：瘀阻膈下而胁痛者最宜"膈下逐瘀汤"，以"桃红四物"活血化瘀，用香附、川楝、元胡行气止痛。因肝郁已经化热，故不用温性的乌药，改投清肝活血的丹皮、赤芍。木香、枳壳功能醒脾，恢复脾运；草决明、莱菔子润肠；车前草利尿，使邪有出路；茵陈清肝利湿，为治肝炎要药。全方以化瘀为主，清肝行气，通利两便，贴切病机，配伍得当，疗效显著。肝炎并非单纯湿热内蕴，其治不只清热利湿一法，辨证论治方能奏效。

32. 细菌性痢疾（三仁汤）

病史：赵生　28岁　患者昨日贪食生冷，晨起发热汗出，腹痛阵作，里急后重，泻下脓血，赤多白少，肛门灼热，渴欲饮水，头重烦躁。不思饮食，疲乏肢困，遂来肠道门诊就诊。

检查：苔黄腻，舌质红，脉弦数。T38.0℃，查粪有黏冻血液，红细胞满视野，白细胞10～20个，大便培养有痢疾杆菌。左下腹压痛。

辨证：暑湿饮冷，发热汗出不退。湿热下注，腹痛泻痢，肛门灼热，苔黄腻，脉弦数，

热毒入血，下利脓血，舌红脉数。暑湿困脾，肢困纳呆，暑湿上逆，头重且烦。暑湿热毒熏灼肠胃气血，化为脓血。湿热下注而成下痢。

诊断：痢疾，暑湿热毒，湿热下注证。细菌性痢疾。

治法：清暑解毒，凉血止痢，宜《温病条辨》"三仁汤"加减。

处方：

杏　仁 10g	蔻　仁 10g	生苡仁 10g	鲜藿香 30g后下
木　香 10g	竹　叶 10g	银花炭 10g	车前草 30g
黄　连 10g	云　苓 10g	煨葛根 10g	六一散 30g包

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。服 1 剂热退泻减，连服 5 剂，大便成形，已无脓血。查粪红细胞 0～3 个。湿热渐清，上方加焦三仙 30g、陈皮 10g，再进 5 剂，纳便正常，复查大便培养，细菌未见生长。

按语：菌痢夹湿投"白头翁汤"之类，热毒可清，影响暑湿内停，其效反而受阻。湿热兼有，应注意祛湿为主，上、中、下三焦分利，故用三仁。不能过用温燥，如苍术、清半夏、厚朴之类，以防助热。也不能苦寒太过以免恋湿，故用竹叶、黄连之类。血痢必须凉血，银花炭是主药。暑湿也宜清利，鲜藿香、六一散最适合。止痢主药为煨葛根。醒脾健运离不开木香、云苓、陈皮、焦三仙。车前草清热利尿，一则可泄暑湿之邪，二则可行"利小便以实大便"之法。古训："痢无止法"，治当"通因通用"。单纯热毒易解，热毒挟暑湿难除，湿性黏缠，较易反复，化湿而不温燥，清利而不寒凉，湿邪一祛，其痢易止。

33. 慢性肾小球肾炎（滋肾通关丸）

病史：洪妇　38 岁　患"慢性肾炎"3 载逾。腰痠浮肿，神疲乏力，眩晕耳鸣，手足心热，心烦失眠，食纳不香，小便黄短，查尿蛋白 +++，血压 16.0/10.7kPa（120/80mmHg），西医诊断为"慢性肾小球肾炎"。中西医药久治不愈，浮肿始终未退，午后更显，尿蛋白 ++ ～ +++ 之间波动，体力更见下降，而来院门诊。

检查：苔薄黄腻，舌质较红，脉细滑，尺部弱。面色不华，下肢凹陷性水肿 ++，肾区无叩击痛，BP：16.67/10.7kPa（125/80mmHg），查尿蛋白 +++，红细胞 3～5 个。

辨证：苔黄质红，脉细滑，五心烦热，眩晕耳鸣，失眠腰痠，系相火上浮所致。浮肿尿少，苔腻纳差，系湿热下注所致。病虽在肾，未见虚证，相火湿热之患也。

诊断：浮肿，相火上浮，湿热下注证。慢性肾小球肾炎。

治法：滋肾清降，泄利湿热，投《兰室秘藏》"滋肾通关丸"加味。

处方：

知　母 15g	黄　柏 15g	生苡仁 10g	车前草 30g
泽　泻 10g	泽　兰 10g	桑白皮 10g	益母草 10g

肉　桂 5g　　海　藻 15g　　鸡血藤 10g　　老鹳草 10g

王不留行 10g　白花蛇舌草 30g

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。连服 7 剂，下肢浮肿明显减退，腰痠已除，烦热缓解。验尿蛋白 ++，红细胞 1～2 个，脉仍细滑，尺脉不弱，腻苔渐退，相火渐降，湿热渐利，守法续进，上方去鸡血藤、老鹳草、泽兰，加丹参 30g、冬瓜仁 10g、川牛膝 15g、石韦 10g，再进 14 剂。下肢浮肿轻微，纳眠正常，两便通调，验尿蛋白 +，红细胞消失，苔薄黄，脉弦细。改为每晚服 1 煎，连服 7 剂，验尿蛋白 ±，改服知柏地黄丸，早晚各 6g，嘱坚持 1 个月，未再复诊。

按语：“滋肾通关丸”由滋阴降火的知柏和引火归源的肉桂三味组成，一般以 3∶1 比例投量。此方清热降火不伤胃，温通肾气不伤阴，旨在增强气化功能，使“州都之官”“气化则能出焉”，为退下焦湿热而浮肿的良方。

慢性肾炎常以温补脾肾为治，多投附桂参芪之类，此案并非脾肾阳衰，却以相火上浮，湿热下注为患，如以温补为治，势必助长相火，留恋湿热而加重浮肿，当以滋肾通关立法，然滋肾同湿热为治，常有矛盾难解之处，《兰室秘藏》组建的“滋肾通关丸”即统一了两者的矛盾，以知柏清降相火而收滋肾目的，又不影响湿热之清，少佐肉桂振奋命门气化，利于湿热之泄，又不助相火之浮。车前草、桑白皮、生苡仁、冬瓜仁、泽泻、石韦均为清利湿热之佳品。泽兰活血行水，丹参凉血祛瘀，王不留行功专通利消肿，益母草行血消水，川牛膝导血下行，既降相火上浮，又助湿热下利。方中动用诸多行血之品，意在血行气畅，气行湿除，皆利于浮肿之消退。老鹳草清热利湿，佐以鸡血藤，专治湿阻腰痠，海藻苦咸入肝肾，《神农本草经》云：“下十二种水肿”，白花蛇舌草解毒外功专清泄湿热，最宜湿热下注的浮肿。全方组合严谨，滋肾清降，泄利湿热而通关消肿，功专力宏，奏效明显。

34. 泌尿系感染（三妙丸）

病史：宫妇　29 岁　反复发作尿急尿痛已近 2 载，劳累或经期发作更频，尿量不多，尿呈茶色，反复检查，肾功能正常，中段尿培养有变形杆菌，尿常规蛋白 ± ～ +，白细胞 20 个以上。腰痠下坠，服西药可缓解，但易复发，排卵期带下黄稠，腥味较重，纳差便干，心烦梦集。结婚 3 年未孕。来院门诊求治不孕症。

检查：苔黄腻，脉濡软。T36.9℃，尿蛋白 +，白细胞 20～30 个，肾区无叩击痛，四肢无凹陷性水肿。

辨证：腻苔濡脉湿热之象，下注者，腰痠下坠，尿痛短赤，带下稠腥，中阻者纳呆便干，上扰者心烦梦集。病在三焦，下焦为著，湿热为患。

诊断：热淋，湿停三焦，湿热下注证。泌尿系感染。

治法:渗湿降浊,泄湿清热,投《医学正传》"三妙丸"加味。

处方:

黄　柏 15g	苍　术 10g	苡　仁 15g	川牛膝 15g
竹　叶 10g	丹　参 30g	瞿　麦 10g	车前草 30g
菖　蒲 10g	郁　金 10g	川　断 15g	草决明 30g

结果:上方每日 1 剂,水煎分 2 次服。连服 7 剂,尿量增加,尿色转淡,尿痛缓解,经事已停。嘱服"三妙丸",行经前再服汤剂直到经净。患者坚持服用 2 个月经周期,查尿正常,3 次中段尿培养均无细菌生长。嘱再坚持服 2 个周期,半年后陪病友门诊,称已怀孕不到 2 个月,后足月生子,体重 7 斤。

按语:黄柏清热,苍术燥湿,川膝下导,三味组成"三妙丸",湿热下注专方。湿热以清泄为要,生苡仁、车前草、竹叶、瞿麦清热利湿及草决明润肠通便,分利两便而泄湿热,菖蒲、郁金行气和血,使湿热利于外泄,川断系腰痛专药。全方既清又泄,专利湿热而解热淋。服法也具特色,病发于经期,汤剂经期服用,直达病所,丸药平时缓图,以求除根。热淋解除,自然得子,乃"治病求本"之法。

35. 风湿性关节炎湿重(茵陈四逆散)

病史:苗某　女性　30 岁　四肢关节痠沉发板已逾 3 载。晨起尤著,稍事洗漱等活动则见缓解,但动甚加重。经血沉、抗"O"检查,均属正常,西医院诊为"风湿性关节炎"。用药治、针灸、理疗均乏效。日渐增重,心境烦郁,纳谷不香,经常头沉难寐,二便尚调。同病友前来门诊。

检查:苔薄黄腻,脉弦滑细。关节无畸形,不变色,活动自如,触之不凉。

辨证:《素问·痹论》云:"风寒湿三气杂至,合而为痹也。其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹。"本案关节以痠沉发板为主,晨起湿阻经络,症情明显,稍事活动,湿气流通反而缓解。苔腻脉滑,证属着痹,湿阻经络筋骨为患。

诊断:着痹,气滞夹湿,痹阻筋骨证。风湿性关节炎湿重。

治法:理气化湿,疏通经络,宜经验方"茵陈四逆散"加味。

处方:

柴　胡 10g	枳　壳 10g	白　芍 10g	茵　陈 15g后下
陈　皮 15g	地　龙 10g	泽　兰 10g	鸡血藤 10g
菖　蒲 10g	郁　金 10g	木　瓜 10g	生苡仁 15g

结果:上方每日 1 剂,水煎分 2 次服。连服 7 剂,关节痠沉,头部发沉均见减轻,心境好转,食纳仍差。加重和胃通络之力,上方去白芍,加莱菔子 10g、伸筋草 10g、路路通 10g,再进 7 剂。关节痠沉发板已不明显,夜寐好转,食纳增加,苔薄黄,脉弦细,守法续进,改为每晚服 1 煎,半月后,改服木瓜丸,早晚各 6g,三七粉早晚各 3g。1 个月后复诊,

关节不再疫沉，纳寐正常，嘱再服木瓜丸、三七粉 1 个月，以资巩固。

按语：着痹治重化湿通络。茵陈清利湿邪是为主药，因活性成分为挥发油要后下存性。肝主筋，行气之品有助于祛除痹阻筋骨之湿，“四逆散”正合其治，且名为“茵陈四逆散”，清利湿邪还辅以生苡仁、酸木瓜，其力更著。方中鸡血藤合伸筋草舒筋活络。菖蒲合郁金透窍和中，理气活血，地龙合泽兰剔络通痹，化瘀利水，均有利于湿邪之化。路路通、三七粉和络治疗关节瘆沉发板，莱菔子消食开胃，振奋运化，增加食欲。全方紧紧抓住化湿通痹，佐以行气和血，剔络利水，和胃消导，疏利经络湿邪，着痹乃除。

36. 风湿性关节炎热重（四妙勇安汤）

病史：谭某某　男性　36 岁　1 年前冲凉水澡后突感四肢关节红肿热痛，影响步履，咽痛口干，饮水不多，纳谷不香，小便较黄，腑行尚畅。在某医院查血沉 38mm/1h，抗“O”1:640，诊断为“风湿性关节炎”，服西药止痛剂，痛楚缓解不明显，西医主张激素治疗，因惧怕副作用，要求中药试服，遂来门诊。

检查：苔黄质红，脉象弦数。T36.8℃，咽红充血，心肺听诊无异常发现，关节红肿发热感，未见风湿小结，血沉 36mm/1h，抗“O”1:640。

辨证：热毒痹阻经络，不通则痛，关节红肿发热，屈伸不便，火性上炎，咽痛口干。纳呆尿黄，苔黄质红，脉来弦数系热毒之征。本案病位四肢经络，病因热毒阻络。

诊断：热痹，热毒阻络，气血不畅证。风湿性关节炎热重。

治法：清热解毒，凉血止痛，宜《验方新编》“四妙勇安汤”加味。

处方：

玄　参 15g	当　归 10g	丹　皮 10g	忍冬藤 30g
赤　芍 10g	丹　参 30g	生　地 10g	生苡仁 15g
陈　皮 15g	地　龙 10g	玄　胡 10g	川楝子 10g
连　翘 10g	黄　柏 10g		

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服，再煎第三次，凉敷红肿关节处。连用 7 剂，关节红肿显退，疼楚减轻，咽痛口干已除，苔薄黄，脉弦细。热毒渐清，经络得畅，加重和络再进，上方去连翘、黄柏，加鸡血藤 10g、三七粉 3g冲。再进 7 剂，节楚已除，红肿亦退，验血沉 25mm/1h，抗“O”1:200 以下。嘱原方每晚服 1 煎巩固，未再复诊。

按语：“四妙勇安汤”由银花、玄参、当归、甘草四味组成，原治脱疽溃烂方，银花易为忍冬藤，甘草去之，用其清热解毒之功，可治热痹，惟应辅入凉血活络之品方止痹痛。如入“犀角地黄汤”去犀角，加丹参、鸡血藤、三七、地龙。热痹清热是谓至治，乃投

连翘、黄柏。金铃子散止痹阻之痛为效方。重用陈皮,一则行气助血,增加止痛之力,二则有天然皮质样激素作用,对风湿痛有效无害。全方清热为主,活络为辅,移治热痹,病机贴切,也能获效。

37. 风湿性关节炎正虚(防己黄芪汤)

病史:郝生　59岁　患风湿性关节炎近10载。四肢关节游走痛楚,甚则影响行动,经常心悸气短,神疲乏力,晨起面浮,入暮肢肿,时感胸憋,形寒汗多,气候变化、季节交换和劳累发作加重。食欲不振,大便溏薄,小便量少。由病友介绍来门诊求服中药治疗。

检查:苔薄白,舌质淡,脉沉细,寸关小弦。面色不华,四肢不温,关节不肿胀,无畸形,活动自如,作响有声,下肢Ⅰ°凹陷性水肿。心率72次/分,律齐,心尖区Ⅱ°SM杂音,Ⅲ°SD杂音。

辨证:久痹致虚,乃气血不足,肝肾阴亏,故节楚浮肿,心悸气短,乏力便溏,纳谷不香。营卫不和,气血不调,故形寒汗多,时有胸憋。弦脉主痛,沉细乃虚,苔白质淡,气虚阳衰之象。虚则不荣,经络流畅不润而可致痛。本案属正虚不荣,乃虚痹也。

诊断:虚痹,气血不足,营卫不和证。风湿性关节炎正虚。

治法:益气健脾,调和营卫,宜《金匮要略》"防己黄芪汤"加味。

处方:

生　芪 15g	防　己 10g	白　术 10g	炙甘草 10g
桂　枝 10g	白　芍 10g	陈　皮 15g	生杜仲 10g
云　苓 10g	苡　仁 10g	泽　泻 10g	桑寄生 10g
当　归 10g	三七粉 3g冲		

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服7剂,小便增加,浮肿减退,大便成形,节楚缓解,汗多纳呆如旧。正气来复,守法增加醒脾固表之力,上方加木香10g、防风5g,去炙甘草,连服14剂。汗出显少,浮肿退尽,关节痛楚已轻,精神好转,胸憋心悸偶发。改为上方每晚服1煎,上下午各服参苓白术丸3g。1个月复诊,除劳累后仍感胸憋心悸外,余无不适。心脏听诊杂音依存,上方加西洋参3g,5剂量,共研细末,装入1号胶囊,每天3次,每次6粒常服。未再复诊。

按语:张仲景组"防己黄芪汤",仅防己、生芪、白术、炙甘草四味,功专益气健脾,利水祛湿,为风湿常用效方。本案属虚痹,辅以杜仲、寄生,补益肝肾,入当归、三七配芪术,补益气血,用桂枝汤调和营卫。云苓、陈皮、苡仁、泽泻、木香健脾利湿。全方扶正者重在肝肾气血,祛邪者专于利湿和血,此乃治虚痹有效之大法。后入防风,取"玉屏风散"方意,为汗多所设,入西洋参合三七补气和血为心病所设,长服对风心病有效。

复诊时不用炙甘草，虑其甘味助湿，增重浮肿，初诊用草因其甘以缓急，有肾上腺皮质样激素作用，对关节痹痛有效。用之有理，祛之有度，此组方之严谨矣。虚痹易复，以效方制散，常服防复。

38. 缺铁性贫血(酸枣仁汤)

病史：尤妇　68岁　素体虚弱，经常心悸气短，面白纳差，夜梦纷纭，时有惊吓，醒后盗汗，阵发轰热，烦躁不安，近年来疲乏明显，诸症加重。在某医院检查，血红蛋白仅为60g/L，诊断为"缺铁性贫血"。服西药补铁近半载，血红蛋白在60～80g/L之间波动。食纳更差，改服中药补气养血，效果也不明显，随癌症亲属来门诊求治。

检查：苔薄黄，舌尖红，脉细数。贫血貌，唇爪淡白，精神不振，验血红蛋白70g/L，心尖区Ⅱ°SM杂音，余无阳性体征发现。

辨证：轰热心悸且烦，舌尖红，此乃心阴不足，血不养心之征。夜梦惊吓盗汗，诊脉细数，心之阴血不足，神失所舍也。病位在心，阴血不足。

诊断：心悸，阴血不足，心神不宁证。缺铁性贫血。

治法：养心宁神，宗《金匮要略》"酸枣仁汤"加减。

处方：

知　母10g	云　苓10g	夜交藤30g	炒枣仁10g
生　芪10g	当　归10g	石　韦10g	鸡血藤10g
川　芎10g	生龙骨30g	琥珀粉3g冲	

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。连服7剂，夜梦明显减少，轰热心悸减轻，验血色素长为100g/L。再增养心之力，加大枣10枚掰、浮小麦30g，连服14剂，验血红蛋白140g/L。改为每晚服1煎，14天后验血红蛋白140g/L，嘱停汤剂，用大枣、花生仁、赤小豆、龙眼肉、枸杞子煮食。睡前1小时冲服琥珀粉3g以资巩固。后经常陪亲属就诊，每月验血红蛋白保持在140～150g/L之间。

按语：贫血一症，大多以补气养血为治。此案以心阴不足，血不养心，心神不宁为病机。单纯补养而不宁神，其效不著，改投养心宁神的"酸枣仁汤"，其效始显。方中鸡血藤、石韦和血养心，系升血象有效的药对。龙骨、琥珀助宁神镇惊之功。生芪、当归系"当归补血汤"，在养心宁神方中，仅为辅佐之品。原方中生甘草之清热已有知母可代，虑其甘腻碍胃故去之。"酸枣仁汤"仲景初意治肝血不足，虚火扰神的失眠良方。伍入补气养血镇惊宁神之品，治贫血获效，可见方剂不可刻板，古今效方仅仅设立组方之样板，吸收其组方特点，抓住辨证关键，灵活变通比固守不变更能提高其效。

39. 血小板减少性紫癜(归脾汤)

病史:金童　6岁　患儿近月来洗澡时发现双下肢针尖样红点,按之不退,在儿童医院检查血小板 $30\times10^9/L$,诊断为“血小板减少性紫癜”。输新鲜血4次共400ml,血小板仍未超过 $40\times10^9/L$。近10天来出血点增多,稍碰撞便青紫一片,神疲纳差,大便日行,稀溏不成形,入夜惊梦。来院门诊,要求中药治疗。

检查:苔薄白,舌质淡,脉细弱。面色苍白,精神委靡,发育良好,营养较差,两侧小腿多处散在出血点,有时连成青紫,按之不退。验血小板 $38\times10^9/L$。

辨证:纳差便溏,苔白质淡脉细,系脾气虚弱,健运乏力。脾不统血,血不归经则生肌衄。心藏神而主血,心血不足,心神失宁而见惊梦面白。病位在心脾,病机心血与脾气虚损,气血不足证。

诊断:肌衄,心脾两虚,血不归经证。血小板减少性紫癜。

治法:健脾养心,摄血归经,守《济生方》“归脾汤”化裁。

处方:

党　参10g	云　苓10g	白　术5g	仙鹤草10g
生　芪10g	当　归5g	白　芍5g	鸡血藤10g
石　韦10g	木　香5g	鸡内金10g	炒枣仁5g
远　志5g	三七粉3g冲		

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服14剂,出血点明显减少,大便成形,验血小板上升为 $80\times10^9/L$,食纳仍差。气血渐复,守法增和胃消导之力,上方去党参,改白人参3g,另煎兑服,焦三仙30g,鸡内金改为20g,再服14剂。出血点已退,食纳增加,夜寐已酣,复查血小板升至 $180\times10^9/L$。嘱上方改为每晚服1煎,多食红枣、花生、红小豆、龙眼肉、加红糖以资巩固。随访1年,患儿一直健康,血小板不低于 $200\times10^9/L$,已入小学。

按语:脾胃居中,后天之本,气血生化之源。健脾和胃是培补生化之源的有效大法。“归脾汤”以健脾补气为主,重用参芪,辅以苓术。气虚恢复,得以统血归经,故名之“归脾汤”也。仙鹤草既止肌衄,又助补气一举两得。归芍柔肝养血,肝藏血,血为气母,利于气虚之复。心藏血,枣仁、远志、云苓宁神生血,既除惊梦,又生心血,血虚证从脾统血,肝藏血,心主血着手,是理法相当的治法。三仙、鸡内金和胃消导,振奋食欲,增加吸收,是重要的佐药。木香行气止泻,补而不滞,是一味使药。鸡血藤、石韦利尿清心而生新血,三七养血和血,虚性血证的效药。全方抓住气血,突出心脾,虽然6岁幼童主药用量较大,因有和胃行滞的佐使药,无碍胃之虑,功专力宏而奏效较速。

40. 再生障碍性贫血(黄芪桂枝五物汤)

病史:肖某某　男性　36 岁　齿鼻皮下出血近 2 载,疲乏无力,纳差便溏,形寒畏风,眩晕气短,蹲下站起,眼前一片金花,日渐加重,不能坚持工作而在某医院住院。验血红蛋白 60g/L,红细胞 2.0×10^{12}/L,白细胞 1.8×10^{9}/L,血小板 50×10^{9}/L,网织红细胞 0.002,经骨髓穿刺确诊为"再生障碍性贫血"。曾经中西药及多次输血共 1600ml,血象不到 1 周便又下降,症状不见缓解而出院求治于中医。

检查:苔薄白,质淡胖,脉沉细。发育良好,营养较差,面色苍白,精神极差,语言低怯。两侧小腿部多处散在出血点。验血红细胞 2.6×10^{12}/L,血红蛋白 75g/L,白细胞 2.7×10^{9}/L,血小板 35×10^{9}/L,网织红细胞 0.003。

辨证:苔白质淡脉沉细,面色苍白,精神不振,形寒畏风,一派气虚阳衰征象,乏力气短,眩晕眼花,纳差便溏,乃心脾两虚,气血不足。因于摄血失司,遂有齿鼻肌衄之变。本案病机气营双亏,脾虚为本。

诊断:虚痨,衄血。脾虚失健,气营双亏证。再生障碍性贫血。

治法:健脾益气,温经和营,宗《金匮要略》"黄芪桂枝五物汤"加味。

处方:

生　芪 15g	白　芍 10g	桂　枝 10g	生杜仲 15g
当　归 10g	生　姜 5g	炒白术 10g	大　枣 10 枚掰
木　香 10g	云　苓 10g	陈　皮 10g	仙鹤草 10g
扁豆衣 10g	丹　皮 10g	煨葛根 10g	

结果:上方每日 1 剂,水煎分 2 次服。连进 7 剂,疲乏眩晕减轻,食纳增加,但皮下仍有紫斑及小出血点。每隔 2～3 天即有鼻衄,晨起刷牙必有齿衄。原方再增补气养血之力,加西洋参 3g,另煎兑服,三七粉 3g冲,再服 14 剂。精神转佳,皮下出血点逐渐减少,齿鼻衄已止,形寒畏风消失,验血也有好转,血色素 90g/L,红细胞 3.0×10^{12}/L,白细胞 3.6×10^{9}/L,血小板 62×10^{9}/L,网织红细胞 0.014。脾气渐健,阳气得复,上方去生姜,加桂枝 15g、桑寄生 10g,连服 14 剂,皮下出血点消失,面色转红润,纳谷已振,两便通调,苔薄白,脉弦细,验血红细胞 4.2×10^{12}/L,血色素 120g/L,白细胞 5.4×10^{9}/L,血小板 120×10^{9}/L,网织红细胞 0.015。上方改为每晚服 1 煎,连服 1 个月后,加鸡内金 30g,5 剂量,共研细末,装入 1 号胶囊,每日 3 次,每次 5 粒,坚持服药半年,病友转告,血象骨髓均已正常,恢复正常上班。

按语:《景岳全书》云:"凡治血证,须知其要,而血动之由,惟火与气耳。故察火者,但察其有火无火,察气者,但察其气虚气实。"本案无火,但有气虚并兼阳衰,营卫不和,故立方大队补气健脾,用参芪术苓,再辅仙鹤草、扁豆衣。血为气母,佐以当归、大枣。

温经和营投桂枝汤、三七粉。补肾投平补调肾的杜仲、桑寄生，温而不燥。木香、陈皮醒脾和胃，补而不滞，丹皮凉血止血，寒性反佐，防其温燥。煨葛根专止便溏，增加吸收。仲景组“黄芪桂枝五物汤”原治血痹麻木证。取其健脾益气，温经和营之力，只要辨证精确，配伍得当，也可止衄。“再障”难治，属中医“虚痨”、“血证”范围，常责之于气血双亏或脾肾阳虚，多用十全大补及归脾汤之类。本案在健脾补气基础上，重于温经和营，取得疗效。可见临证，不在乎常法，更不能固守。个案辨证，法随证立，药依法遣，这是中医临证的特色，也是取效的优势所在。

41. 低血钾(镇肝熄风汤)

病史：张生　48岁　既往患慢性腹泻10余载，每日2～3次，以便溏多见，偶为水泄。1年多来时感眩晕肢麻，手脚颤动，不能急转，腹胀纳差，腰痠腿软，心悸乏力。在某医院检查，发现血钾低，诊断为“低血钾症”。久经补钾，未能奏效，而来门诊，要求中药治疗。

检查：苔薄黄，舌红少津，脉象弦细。慢性病容，肢体震颤，腹平软。心电图示：室性早搏，T波下降。验血钾3.1mmol/L。BP：17.3～10.7kPa(130/80mmHg)。

辨证：患者腹泻10余载，以致营养不良，气血化生乏源，心主血，肝藏血，血虚难以养心柔肝，以致肝阳化风，上逆则眩晕肢麻，横克则腹胀纳差。血不养心，虚风内动则心悸振颤。肾精不足则腰痠腿软，舌红少津，脉来弦细，均为精血不足，肝阳化风之证。病位在心肝两经，病机属内风，既有肝阳化风，又有血虚生风，虚中夹实证。

诊断：眩晕震颤，血虚生风，肝风内动证。低血钾症。

治法：养血柔肝，潜阳熄风，宗《医学衷中参西录》“镇肝熄风汤”化裁。

处方：

天　冬15g	玄　参10g	龟　板15g	生赭石30g
生　芪10g	当　归10g	白　芍10g	焦三仙30g
牛　膝15g	薄　荷5g	木　香10g	生龙牡各30g

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。连进14剂，腹泻停止，腹胀缓解，食量增加1倍，验血钾恢复正常(4.3mmol/L)。改为每晚服1煎，再服14剂，验血钾正常，震颤好转，但行走仍不能急拐。上方加地龙10g、僵蚕10g，5剂量，共研细末，装入1号胶囊，每日2次，每次10粒，每周加服1次汤药(1剂水煎分2次服)。4个月后证状解除，血钾正常。

按语：本案治重养血柔肝，以收潜阳熄风，养血宁神，抑木扶土之功。养血以生芪为主，配当归，为名方“当归补血汤”。精血同源，育阴可以潜阳，故伍天冬、玄参。现代药理证实，它们含钾量多，又可用以补钾。柔肝以归芍为主，佐以潜阳的龟板、赭石、龙牡。养血可以熄风，柔肝可以潜阳。针对血虚生风，肝风内动的病机，十分贴切。组方中运用升清如薄荷，降浊的牛膝，调畅升降气机可助熄风，薄荷还可引药入肝。木香疏肝醒脾以抑木扶土，焦三仙和胃消导以减少大量金石药物的碍胃之弊。复诊时又伍入剔络熄风的虫类药地龙、僵蚕，并以丸剂缓图，巩固疗效。非但提升血钾，而且消除震颤，较之单纯补钾，难以吸收为优，足见中医辨证论治之效力。

42. 忧郁症（百合固金汤）

病史：马氏　70岁　嗜烟史近30载，经常干咳咽燥，素性多疑。近因与儿媳口角，情志忧郁，自觉胸胁有气，憋闷窜痛，善太息，常急躁，以致纳呆恶心，腰膝痠软，夜寐惊叫，3天未见腑行。在某医院各项检查除有支气管炎外，均属正常，诊为“忧郁症”。不敢服西医镇静药，遂来门诊，要求中药治疗。

检查：苔薄黄，舌质红，脉细数。神情忧郁，时作燥热，两肺呼吸音较粗，无明显啰音。BP：17.3～12.0kPa（130/90mmHg）。

辨证：素体肺肾阴虚，故有干咳咽燥，腰膝痠软之苦。近因木郁，虚火更炎，夜梦惊叫，舌红少津，脉来细数。横克中土，纳呆恶心，腑行不畅，气郁胁络，憋闷窜痛。病位肺肝肾，证属阴虚火炎，肝郁不达。

诊断：郁证，肺肾阴亏，肝郁不达证。忧郁症。

治法：养阴清热，疏肝条达，宗赵蕺庵“百合固金汤”加减。

处方：

生　地 10g	麦　冬 10g	百　合 15g	川楝子 10g
当　归 10g	白　芍 10g	玄　胡 10g	草决明 30g
菖　蒲 10g	郁　金 10g	桔　梗 5g	川牛膝 15g

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。连服7剂，干咳明显缓解，胸胁窜痛减轻，食纳增加，虽有腑行，但仍干结。阴亏渐复，增润肠之品，上方加白菊花10g、莱菔子10g，再进7剂，腑行转润，食纳再增，心悸好转。上方改为每晚服1煎，嘱减少吸烟，稳定情绪，多食百合、莲子、苡仁粥。未再复诊。

按语：“百合固金汤”以百合、生熟地滋养肺肾为主药，麦冬助百合润肺，玄参助二地清滋，组方严谨，原治阴亏咳嗽的效方。本案肺肾阴亏，肝郁不达，完全符合其方意，可以借用，但作化裁：纳呆怕腻，不用熟地、玄参，干咳无痰，去除川贝、甘草。保留柔肝的归芍，增以疏肝条达的菖蒲、郁金和金铃子散。老年病常有便结，通腑去邪也是取效的

关键，故用当归、白菊花润肠的药对，伍以草决明、莱菔子，腑行一畅，诸症缓解。调达者也可调理升降气机，上行的桔梗，又治咽燥，下达的牛膝又疗腿软。升清降浊，肝郁可达。忧郁易复，发挥“意疗”，辅以“食疗”，再用药物常服防复，可以稳定病情。

43. 更年期综合征(桂枝汤)

病史：刘妇　49岁　患者天癸将绝，经事紊乱，量多淋漓，近旬方尽。经前阵发怕风，尤以后背为著，自觉轰热心烦，但测体温正常。左半侧汗多，头晕梦集，胁胀纳差。经后心慌乏力。曾经各项检查均无阳性发现，诊为“更年期综合征”。投舒肝理气，养血调经，补益心脾诸法治疗，均无疗效，症状逐月加重，由病友带来门诊求治。

检查：苔薄白，脉弦细。正值经前，轰热心烦明显，但面色正常。BP：16.0/10.7kPa (120/80mmHg)。

辨证：《灵枢·脉度》云：“营在脉中，卫在脉外，营周不休。”营卫不和则既不能营内又不能卫外而见轰热心烦，怕风多汗，苔薄白脉弦细。肝脾不调则有眩晕梦多，胁胀纳呆，心慌乏力诸症。故证属营卫不和，肝脾不调。前医不调营卫，不和肝脾，单以舒肝养血，补益心脾为治，何能奏效？

诊断：汗证，月经不调，营卫不和，肝脾失调证。更年期综合征。

治法：调和营卫，疏肝扶脾，宗《伤寒论》“桂枝汤”方意加减。

处方：

桂　枝10g	菖　蒲10g	郁　金10g	炒白芍10g
当　归10g	香　附10g	葛　根10g	生栀子10g
木　香10g	云　苓15g	陈　皮15g	生龙骨30g
大　枣10枚掰			

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。连服5剂，经行5天而净，量已减少，轰热汗多缓解，胁胀解除，食纳增加，舌脉如前。嘱停服汤剂，改为上午服人参养荣丸6g，下午服丹栀逍遥丸6g，下月临经时复诊。经前轰热心烦没有出现，背部怕风也已轻微，夜寐见梦，纳便正常，苔薄白，脉弦细。仍守前法，佐以宁心，上方去大枣、龙骨、栀子、木香，加仙鹤草10g、白菊10g、夜交藤30g，再进7剂。经事5天刚尽，精神好转，体力增强，夜寐转酣，嘱如前法再调1个月经周期，后未再复诊。

按语：“桂枝汤”乃张仲景的“群方之冠”，功能解肌发表，调和营卫。在《伤寒论》中专治太阳中风，即外感风寒表虚证。在《金匮要略·妇人产后病脉证治》中别名“阳旦汤”，专治桂枝汤证而兼心烦口苦等里热证。

本案为典型的营卫不和证，但无外感风寒表证，故减去姜草的解肌泄邪、调和诸药之性。用桂枝温经通阳，既能和营又能和卫，芍药益血养阴，收敛阴气，以防桂枝汗

散太过,两者一开一合,相反相成。大枣味甘,既辅桂枝和畅血行,又助芍药和营益阴。本案又见肝脾失调证,故入菖蒲配郁金,一透一疏,既利于营卫之和,又利于肝脾之调,为重要的辅佐药。白菊、栀子清肝热而除心烦,当归、白芍柔肝而消胁胀,云苓、陈皮、木香健脾而扶土,葛根可除背部恶风,生龙骨重镇而敛汗,夜交藤宁神而止梦,仙鹤草既可调经止漏,又可凉血和营,还能补气健脾,对经漏怕风,汗多心慌均为适宜。全方调和营卫,又调和肝脾,是桂枝汤的妙用。服法上也较奇特:临经前,行经中宜汤剂辨证论治,经净后以丸剂养荣疏肝。一般调治1~2个月经周期,妇科病常可获效。

44. 闭经(补阳还五汤)

病史:戚妇　30岁　初潮14岁,因冷饮游泳,嗣后经事一直不准,常常延期,甚至并月,量少腹痛,拒按怕热敷,甚则打止痛针方能缓解。中西医药久治乏效。此时闭经3个月,腰痠膝软,形寒怕风,气短乏力,乳房胀痛但无肿块,纳便尚调。婚后近5载,从未受孕,其嫂闭经服中药半年而孕,故同来门诊求治。

检查:苔薄黄,舌紫暗,脉细涩,尺部弱。

辨证:气短脉细为气虚见证,气虚鼓动无力,血瘀胞宫而致闭经3月未行,舌质紫暗,脉涩不畅。肾亏失调而见腰膝痠软,营卫不和而有形寒怕风。证属气虚血瘀,兼有营卫不和,肾亏失调。

诊断:闭经,气虚血瘀,营卫不和证。闭经症(内分泌紊乱)。

治法:补气通络,调和营卫,投《医林改错》"补阳还五汤"加味。

处方:

生　芪15g	当　归10g	地　龙10g	赤白芍各10g
川　芎10g	桃　仁10g	红　花5g	仙灵脾5g
桂　枝10g	泽　兰10g	香　附10g	蛇床子10g
川　断15g	橘　核30g	公　英10g	鸡血藤10g

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服14剂,月经来潮3天,量增,腹痛腰痠缓解。嘱经停后改为补中益气丸和大黄䗪虫丸。经临时仍服上方,连调2~3个月经周期。半年余,喜告经事按月来潮,查尿证实已怀孕2个月,后得1子。

按语:"补阳还五汤"补气活血立法,专治半身不遂,近用治冠心病心绞痛等。本案闭经有明显的气虚肾亏表现,兼有血瘀胞宫,营卫不和,正合其方意。原方投用,再合调肾阴阳的仙灵脾、蛇床子、川断,调和营卫的桂枝汤,通经的泽兰,行气的香附、橘核。现代药理证实仙灵脾、蛇床子、泽兰、川断,均有调整内分泌紊乱的功效,又符合辨证证类,投之其效更显。乳房胀痛,肝郁化热,橘核重用30g有效,公英寒性反佐,又能疏通乳腺管兼清肝热。公英配橘核还可用治乳腺增生症。

45. 子宫功能性出血(艾附暖宫丸)

病史:刘妇 46岁 2年前月经开始量多,经行旬余方尽,腹凉隐痛,腰痠乏力,四肢不温,眩晕耳鸣,纳便尚调。曾经妇产医院检查,诊断为"子宫功能性出血"。近半年出血量更多,打止血针有时难以止住,中西药治疗乏效。正值经行2天,由病友介绍,来院门诊。

检查:苔薄白,舌质淡,脉沉细,尺部弱。面色不华,四肢不温,精神较差。BP:13.3/8.00kPa(100/60mmHg)。

辨证:冲任虚损,胞宫虚寒而有崩漏下腹凉痛之苦。腰为肾府,肾亏腰痠,脾主四肢,脾虚肢冷,脾肾不足,清阳不升而见眩晕耳鸣。再察苔脉,均主虚证。病位冲任,病机脾肾亏损,寒凝胞宫。

诊断:崩漏,冲任虚损,胞宫虚寒证。子宫功能性出血。

治法:健脾温经,调理冲任,宗《沈氏尊生方》"艾附暖宫丸"化裁。

处方:

生芪 20g	当归 10g	生地 10g	香附 10g
炮姜 10g	白芍 10g	肉桂 3g	艾炭 10g
川断 15g	川芎 10g	藕节 10g	阿胶 10g烊化
杜仲炭 10g	三七粉 3g冲		

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服5剂,经行已止,服完7剂再来复诊,称下腹凉痛已除,手足回暖。BP:14.7/9.33kPa(110/70mmHg),眩晕耳鸣缓解。上方去杜仲、三七、藕节,加黄精10g、枸杞子10g,改为每晚服1煎,嘱下月临经时改服上方,每日1剂。2年后带亲属门诊,称上法连调2个月经周期,经行正常。现已绝经3个月。

按语:冲任虚损,首调脾肾,方中重用生芪,为健脾主药。调肾阴阳则投生地、黄精、川断、枸杞子、肉桂之类。当归、阿胶调经主药,专为止崩;艾炭、炮姜、杜仲炭暖宫良药,炭用止崩力显。妇人以肝为本,当归合白芍柔肝养血,合生芪补气生血,合三七和血止血,血止不留瘀。川芎专除眩晕耳鸣,藕节增强止崩漏功效,但炭用止血力减,最好榨汁兑服,止血力强。血证尤其是崩漏,决非单纯血热妄行或气不摄血,辨证是关键。本案冲任虚损,胞宫虚寒为主,投凉血止血法不对证,用补气摄血难以散寒,故以暖宫为主,脾肾两调兼以柔肝,宫血得停。

46. 盆腔炎(附子理中汤)

病史:郑妇 31岁 患者平素带多,色清无味,排卵期、月经前更显。畏寒便溏,腰膝痠软,少腹隐痛,似有牵掣,经行量少,色淡腹凉,纳谷不香,寐便尚调。在某医院检查,诊断为"盆腔炎"。中医药久治,病逾3年未愈,来门诊求治。

检查：苔薄白根腻，舌质淡胖，脉象沉细。面色无华，腹平软，无触痛，肝脾未触及。

辨证：脾虚湿困，纳差便溏，带多色清，舌根腻苔。肾阳不振，畏寒腹凉，腰痠经少，舌淡胖，脉沉细。病位脾肾，病机阳虚湿困。

诊断：带下，脾肾阳虚，湿困中下两焦证。盆腔炎。

治法：温补脾肾，祛湿畅运，投《和剂局方》"附子理中丸"加味。

处方：

党　参 10g	白　术 10g	干　姜 10g	炙甘草 10g
白　芍 10g	云　苓 15g	桂　枝 10g	蛇床子 10g
川　断 15g	当　归 10g	焦三仙 30g	鸡血藤 10g
伸筋草 10g	制附片 10g先煎半小时		

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。连服 3 剂，月经来潮，再进 7 剂，复诊时诉此次经潮量显增，腹不凉，食纳增加，腰痠缓解，惟便溏如旧。脾肾阳复，惟湿困未除，佐入健运祛湿之品，上方去炙甘草、川断、焦三仙，加木香 10g、煨葛根 10g，嘱改为每晚服 1 煎，直至经前。经临前已不畏寒，带下极少，纳便已调。上方改为每日 1 剂，连服 5 剂，经净正常。苔薄白，脉弦细。嘱平时服附子理中丸，早晚各 6g，经期服汤剂，每日 1 剂。又调 2 个月经周期，原医院复查，称"盆腔炎"已愈。

按语："附子理中丸"宜呕利阴寒重证。本案证属脾肾阳虚，投原方，丸改汤剂，党参代人参，温中健脾，附片温肾扶阳，共为主药。干姜温热，助脾肾祛寒邪。白术苦温燥湿，共为辅药。四味补温燥湿相配，甚为贴切。炙甘草、白芍为"芍药散"专止虚痛；桂枝、白芍为"桂枝汤"，和营温通。当归为妇科主药，血为气母，利于健脾，又能调经止带。蛇床子、川断增强调肾之力，伸筋草、鸡血藤疏通经络，专止输卵管炎引发的少腹掣痛。焦三仙开胃且补而不滞，木香、葛根专治便溏，云苓祛湿。全方温补且通，祛湿且畅，阳气恢复，湿邪祛除，寒凝遂通，月经得调，带下得止，其病乃愈。

47. 子宫肌瘤（杞菊地黄汤）

病史：徐某某　女性　37 岁　近半年来经潮如崩，近旬方尽，经行腹凉且痛，腰痠下坠，五心烦热。经后神疲乏力，形寒怕风，纳便尚调，夜寐亦酣。在某医院检查，诊断为"多发性子宫肌瘤"。如怀孕 6 周大小，西医动员手术切除，因恐惧而服中药，百消丹等成药，活血化瘀汤剂，经量不减，肌瘤不小而来门诊。

检查：苔薄黄，质较红，脉沉细，尺部弱。

辨证：舌红脉细尺弱虚证之象。肾司天癸，肾阳不振，形寒腹凉，肾阴不足，烦热经崩，肾亏则腰痠下坠，神疲乏力。本案其病在肾，其证属阴阳失调，水火俱亏。

诊断：癥瘕，肾阴阳俱亏证。子宫肌瘤。

治法：调肾阴阳，宗《医级》"杞菊地黄汤"加减。

处方：

枸杞子 10g	白　菊 10g	生　地 10g	蛇床子 10g
黄　精 10g	丹　皮 10g	当　归 10g	仙灵脾 10g
桂　枝 10g	云　苓 15g	川　断 15g	仙鹤草 10g
白　芍 10g	三七粉 3g冲		

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。服药 1 剂，月经来潮，共服 7 剂，经行已尽，经量明显减少，烦热腰疲均有缓解。嘱服"杞菊地黄胶囊"和"益母草膏"，至下月经临再服原方，坚持调理，3 个月后复诊，月经已正常，症状也消失；苔薄黄，脉弦细；B 超复查，子宫肌瘤明显缩减，现仅存 3 个，最大 1.8cm。上方加生杜仲 10g、桑寄生 10g、山药 10g，5 剂量共研细末，装入 1 号胶囊，每日 3 次，每次 5 粒。坚持服半年，带病友门诊，告之子宫肌瘤完全消失。

按语：子宫肌瘤属中医癥瘕、崩漏证，常法均按俞嘉言所云："不外水裹气结血瘀"而疏通治之，大多投王清任所创之逐瘀汤类。然本案无气滞血瘀证候可辨，反以肾亏阴阳失调所见，症脉均显，故不能绳之以疏通，以免更伤其正。用"杞菊地黄汤"佐"阳中求阴"而调肾之阴阳，兼以柔肝。滋阴者生地、黄精、枸杞子，温阳者仙灵脾、蛇床子、川断，双补者杜仲、寄生；柔肝用归芍、白菊；丹皮清肝止血又定痛，仙鹤草补气止血又健脾，三七和血止血又疗痛。再投"桂枝茯苓丸"专治子宫肌瘤的两味主药，桂枝温中调经，阳中求阴，云苓健脾宁神配山药脾肾同治。全方突出调肾，兼顾肝脾，配伍全面，未投理气化瘀之品，同样能消癥瘕，足见辨证应重于辨病。

48. 急性乳腺炎（五味消毒饮）

病史：周妇　27 岁　患者初产，尚未满月，恶露未净，前天突然右乳红肿热痛，乳汁郁结不畅，影响哺乳。服先锋霉素，症未除，今起发热 38.5℃，不思饮食，未见腑行，口苦且干。遂来院急诊。

检查：苔黄质红，脉来弦数。T38.6℃，面色潮红，右乳上方结块，红肿热痛，手不可近。咽部轻度充血，心肺听诊无异常。血白细胞 16.0×10^9/L，中性 91%。

辨证：毒火内壅，炎于上焦则发热不寒，口苦咽干，盛于中焦则不思饮食，注于下焦则不见腑行，阻于乳络则乳痈肿痛，证属三焦火毒。

诊断：乳痈，三焦火毒证。急性乳腺炎。

治法：清泻三焦，解毒消肿，投《医宗金鉴》"五味消毒饮"出入。

处方：

双　花 10g	野　菊 10g	公　英 10g	紫花地丁 10g
丹　皮 10g	浙　贝 10g	路路通 10g	生苡仁 15g
桃　仁 10g	栀　子 10g	车前草 30g	鹿角霜 10g

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服，加薄荷 10g，再煎第 3 次，凉敷患部。连用 3 剂，乳痈红肿热痛明显减退，口苦咽干已除，T37.3℃，但腑行仍无。毒火渐清，加强通腑泻热之力，上方去浙贝、地丁，加莱菔子 15g、制大黄 10g，再进 5 剂，已见腑行乳痈消退，T36.8℃，苔薄黄，脉弦细，验血正常。嘱服芦根、白菊花代饮，未再复诊。

按语："五味消毒饮"治肿毒要方，因不思饮食，怕苦寒伤胃，不用紫背天葵。热毒渐退时又去紫花地丁。栀子专清三焦火毒且能通便，生苡仁解毒排脓，车前草清热利尿，使热毒可泄；丹皮、浙贝、路路通合公英可通乳络而散结消肿；莱菔子通腑，制大黄泄热，腑行得畅，毒火可排；桃仁活血消肿又通便解毒；鹿角霜温通散结，既是热性反佐，防止苦寒太过，又能托毒外出，为特殊佐使药。全方清热而不伤胃口，解毒而分利两便，采用内服外敷并治，乳痈未溃而愈。

49. 乳腺增生（阳和汤）

病史：邵妇　34 岁　患双侧乳腺增生近 5 载，久经中西药治增生非但不消，日见增大，因惧怕手术，来院门诊。自诉双侧乳房胀痛，经前更甚，手不可近，经行量少，下腹凉痛，经后腰痠腿软，平素形寒手凉，性躁易怒，夜寐有梦，纳便尚调。

检查：苔薄白，舌质淡，脉沉细。面色不华，右侧乳腺增生 2 枚，大如核桃，左侧乳腺增生 1 枚，如红枣大小。

辨证：苔白质淡脉沉系阳气不振之象。阳衰寒凝，阻于乳络则生乳僻肿痛，滞于胞宫则经少腹凉，凝于肾府则形寒腰痠。

诊断：乳僻，寒凝阻滞证。乳腺增生症。

治法：温阳散寒，活络通滞，守《外科证治全生集》"阳和汤"方意化裁。

处方：

生　地 10g	桂　枝 10g	橘　核 30g	鹿角霜 15g
炮　姜 10g	公　英 10g	泽　兰 10g	蛇床子 10g
丹　参 30g	川　楝 10g	玄　胡 10g	山慈姑 10g

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服，加川椒 20 粒，煎第三次，温敷患部。连用 7 剂，正值经前，双乳胀痛明显减轻。上方加赤芍 10g、红花 10g，再进 7 剂，经事 5 天而净，经量明显增加，乳房胀痛轻微，经后仍感腰痠。苔薄白，脉弦细。阴寒渐散，阳衰未复，上方去炮姜，增以调肾的生杜仲 10g、桑寄生 10g、川断 15g。连用 14 剂，乳腺增生明显缩小，触之已不痛。平时每晚服 1 煎，经期每日 1 剂，分 3 次服。共调 2 个月经周期，行经正常，乳腺不痛，已无肿块。不放心乳块已消，去某医院红外线及 B 超检查，均未见增生。

按语:“阳和汤”以温阳散寒之力,化阴凝、散阴霾而使阳和之,故以“阳和”为名。本案寒凝乳络而生僻块,正合其方意,化裁投之。生地易熟地,以免碍胃,桂枝易肉桂,鹿角霜易鹿角胶增强温通。蛇床子、山慈姑、橘核替代麻黄、白芥通阳散滞而消结块。泽兰、丹参、赤芍、红花活络通滞;金铃子散行气止痛,均为有效的辅佐药。公英通乳络,散结块,又能寒性反佐,防其温通耗散。复诊时所加调肾的杜仲、寄生、川断,阴中求阳,阴阳平衡,利于消散寒凝。现代药理证实其同蛇床子、泽兰均有调整内分泌紊乱功能。乳腺增生的主要原因乃内分泌紊乱,伍入调肾药与辨证并不矛盾,势必增效。加川椒温敷增生处是有效之举,不能怕麻烦,嘱患者坚持,收效加速。

50. 不孕(平胃散)

病史:程妇 29 岁 结婚 3 年不孕,经事紊乱,错后为多,经量渐少,腰痠下坠,形体日胖,乏力纳差,食入脘胀,眩晕头重。经前带多,较稠有味。多家医院妇科检查均未见异常发现,拟为“内分泌紊乱,原发性不孕症”。求子心切,中药补益心脾,滋阴壮阳,活血化瘀,疏肝解郁等法,多种偏方,西医用睾酮、黄体酮等均未致孕。由原单位同事介绍求诊。

检查:苔黄腻,脉弦滑。BP:120/80mmHg,形体较胖,精神较差。

辨证:苔腻脉滑,脘胀纳呆,痰湿中阻也,上蒙清阳则眩晕头重,内停肾府则腰坠体胖,阻滞胞络,经事不准,经量减少,带下有味,经久难孕。痰湿为患也。

诊断:月经不调,痰湿阻宫,冲任不调证。不孕症。

治法:祛痰燥湿,调理冲任,以《和剂局方》“平胃散”出入。

处方:

厚朴 10g	苍术 10g	陈皮 15g	蛇床子 10g
云苓 10g	菖蒲 10g	郁金 10g	生牡蛎 30g
丹参 30g	泽兰 10g	泽泻 10g	生山楂 15g

结果:上方每日 1 剂,水煎分 2 次服。连服 5 剂,经事来潮,经量增加,脘胀减轻,食纳增加。痰湿渐除,正值经期,加重调经化瘀之品,上方加香附 10g、丹皮 10g、赤芍 10g。再进 7 剂,经事已净,经量明显增多;苔薄黄腻,脉弦细。上方 5 剂量,共研细末,装入 1 号胶囊,平时每次 6 粒,每日 3 次;经期服上方,每日 1 剂,水煎分 2 次服。嘱稳定情绪,忌口甜食,控制主食量。坚持调理 3 个月经周期,本院同事告之,经事已正常,上月经事逾期近旬未行,咨询怎样服药,嘱停药观察,做早孕试验,已属阳性。1 年后喜得男婴,母子平安。

按语：不孕症临床证候多种，本案属痰湿阻宫证候，故投“平胃散”，燥湿运脾，利湿和胃。方用苍术为主药，辅以厚朴行气消胀。云苓、陈皮燥湿。菖蒲、郁金透散，均能和胃而助运脾祛湿。痰瘀常常互结，丹参、泽兰、丹皮、赤芍化瘀，泽泻利湿使邪有出路，又能降脂消胖，山楂消导助消化开胃口，又能行瘀，蛇床子燥湿，又能温肾壮阳，振奋性激素功能，均为重要佐使药。香附调肝，女子以肝血为本，理气利于化瘀，牡蛎祛痰，痰湿以脾胃为源，软坚利于截断痰源，又除苔腻。体胖不孕难治，只要抓住痰湿和瘀血，采用痰瘀同治法，一边注重燥湿运脾，一边辅以活血化瘀，注意饮食，配合“意疗”，阻宫之痰湿清除，便能孕而得子。

51. 不育（知柏地黄汤）

病史：王生　31 岁　结婚 6 载未育，经某医院检查精液，其成活率仅为 20%。平时腰膝痠软，烦热梦遗，阴囊潮湿，眩晕性躁，纳便尚调。曾服壮阳补肾药，成活率未升高反感烦热加重，口干咽燥，梦遗不止。其太太患急性泌尿系感染而同来门诊。经询其太太月经正常，妇科检查也未阳性所见。

检查：苔薄黄，舌质红，脉细数。BP：120/80mmHg。

辨证：腰膝痠软，苔黄质红，脉象细数，乃肾阴不足之证，阴虚火旺，相火上炎而烦热梦遗，眩晕性躁，湿热下注则阴囊潮湿，精巢被扰，生精无力，乃致不育。

诊断：梦遗，肾阴亏损，相火内动证。不育症。

治法：滋补肾阴，清降相火，投《医宗金鉴》“知柏地黄丸”易汤加减。

处方：

知　母 15g	黄　柏 15g	生　地 10g	蛇床子 10g
黄　精 10g	泽　泻 10g	丹　皮 10g	生苡仁 10g
云　苓 10g	川　芎 10g	山　药 10g	夜交藤 30g

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服，加川椒煎第三次，凉后坐浴。连用 7 剂，阴囊潮湿消除，梦遗减少。肾阴来复，相火渐降，湿热已除，上方去苡仁、泽泻，增滋肾之力，加首乌 10g、麦冬 10g，白芍 10g，再进 14 剂。梦遗已止，腰痠明显缓解，复查精液，精子成活率增为 70%，嘱上方续进，减为每晚服 1 煎，直至爱人怀孕。第二年来报，喜得一子，初生体重 8 斤，母子健康。

按语：不育不单肾阳衰微，不可只投壮阳之品。本案纯属阴虚火旺，相火内动，徒投益火有害无益。知柏清降相火而滋肾为主药，再以“六味”滋肾。黄精易山萸肉，可脾肾兼顾，提高滋阴之效。蛇床子阳中求阴，又有类性激素样作用，是不育症的效药。川芎清眩晕，生苡仁除囊湿，夜交藤止梦遗，均为佐使药。复诊时配入首乌、麦冬，滋阴之力可增，白芍柔肝敛阴，利于相火之降。汤剂第三煎坐浴，既除囊湿，又入睾丸，增其精子活力。仅投 21 剂，并无壮阳，成活率反升，可见辨证方能奏效。

52. 梦遗(交泰丸)

病史:许生　31岁　梦遗1年,阳痿乏力,腰痠腿软,心烦失眠,口苦纳差,尿赤便干。曾服补肾中成药无效,进壮阳之品,症状反而加剧。夫妇感情不和,思想负担沉重。由病友介绍,来门诊求治。

检查:苔薄黄,舌质红,脉细数。面黄肌瘦,精神不振。

辨证:《丹溪心法》云:"主闭藏者肾也,主疏泄者肝也。两者皆有相火。"肾水不足,既助相火上浮,又致心火亢盛,必见心肾不交,君相火盛之证,如梦遗阳痿,腰痠腿软,心烦失眠,纳差口苦。苔薄黄,舌质红,脉细数,均属阴虚火旺之象。本案病位心肾,病机君相火盛。

诊断:梦遗,心肾不交,君相火盛证。梦遗症。

治法:交通心肾,清降君相,宜《丹溪心法》"交泰丸"加味。

处方:

黄　连10g	肉　桂3g	蛇床子10g	女贞子10g
黄　柏10g	生　地10g	金樱子10g	川牛膝15g
菖　蒲10g	郁　金10g	云　苓10g	生山楂15g

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服14剂,梦遗明显减少,阳痿也见改善,精神大为振作,心烦口苦缓解,纳谷转香,信心增加。方药中的,守法易药续进,以枸杞子10g易女贞子,芡实10g易金樱,竹叶10g易川膝,黄精10g易生地,琥珀粉3g易生山楂。又进14剂,梦遗已止,阳痿明显好转,纳眠正常,夫妇感情缓和。嘱以黄连30g、肉桂10g、金樱子60g、蛇床子30g、琥珀粉15g,共研细末,装入1号胶囊,早晚各服5粒,巩固疗效,未再复诊。

按语:交泰丸仅黄连、肉桂两味组成。本案取3:1剂量,前者清心降火,后者引火归原,交通心肾,实为妙方。加入生地、女贞、枸杞子、黄精,增其滋肾之力。再宗《景岳全书》所训:"善补阴者,必于阳中求阴。"辅以金樱子、蛇床子,既可阳中求阴,增滋阴之效,又可助芡实涩精止遗之力。黄柏、竹叶、川牛膝,均可助其清降君相之功。云苓、琥珀、山楂又可清心宁神,除梦止遗。菖蒲配郁金,透窍解郁,和血宁心也助清降。前医疏于辨证,一见阳痿、梦遗,即投补肾壮阳,难切心肾不交之病机,故诸证反剧,实属临证时的教训矣。

53. 梅尼埃病(龙胆泻肝汤)

病史:王叟　66岁　2年来经常眩晕欲仆,每于剧烈活动时发作,甚则无法睁眼,耳鸣眼花,呕吐苦水,胁胀易怒,纳谷不香,尿赤便干,夜梦纷纭。在某医院检查,诊为"梅

尼埃病”。久经中西药治无效，来院门诊。

检查：苔薄黄，根部腻，脉弦数。面色较红，眼震（+）。BP：17.3/10.7kPa（130/80mmHg）。

辨证：《素问·至真要大论》曰：“诸风掉眩，皆属于肝。”肝者，木火也，木旺克土，土不健运，则湿邪内生，以致肝胆湿热而见眩晕夜梦，胁胀纳差，呕吐苦水，尿赤便干。再验黄苔根腻，脉来弦数，湿热无疑。本案病位肝胆，病因湿热。

诊断：眩晕，肝胆湿热证。梅尼埃病。

治法：清肝利胆，渗湿除眩，用《太平惠民和剂局方》“龙胆泻肝汤”出入。

处方：

龙胆草 5g	生栀子 10g	泽　泻 10g	薄　荷 10g
车前草 30g	当归尾 10g	菖　蒲 10g	郁　金 10g
川牛膝 15g	云　苓 10g	六一散 30g包	

针刺三阴交　太冲　内关　太阳

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。针刺隔日 1 次。连用 1 周，眩晕明显好转，但纳差便干依存。湿热见清，守法加强消导通便之力，上方加莱菔子 15g、草决明 30g、全瓜蒌 30g。再用 1 周，纳增便畅，眩晕已轻微，耳鸣呕吐已解除。停止针刺，上方改为每晚服 1 煎，嘱服半个月，巩固疗效，未再复诊。

按语：“龙胆泻肝汤”，清利肝胆湿热实火主方，但应重组。一则龙胆草苦寒伤胃，再配栀芩则更伤胃气，增重纳呆。必用龙胆时，应减量，用 5g 为宜，而且中病即止。可用公英代之，其清热利湿作用也著，但不伤胃，反能和胃，故清热者用龙胆草 5g 配公英，于栀子、黄芩二味选一；二则木通有毒，应当去之，利湿则用泽泻、车前草二味，还可伍用生苡仁、云苓。肝胆实火常易上亢，柴胡虽可疏畅肝胆，其性上升，凡见眩晕者不宜用之，改用薄荷之清，菖蒲之透，郁金之利为宜。生地原意养血益阴，以助疏肝，然其滋对湿热常恋，以川牛膝代之，还导湿热下泄，其效更全。归尾活血，血行则气行，对疏畅肝胆有助，与牛膝共为佐使药。湿热必由尿泄，六一散利尿泄湿必不可缺。重组后，其清利肝胆湿热之力更突出，而副作用则大为减少，更符合方剂学安全有效的总则。

针刺治眩晕有效，三阴交、太冲调理肝胆，内关和胃利湿，太阳除眩止痛局部效穴。针药并用，其效可增。内科医师也要用针，所谓“一切为了奏效”。

54. 鼻衄（泻白散）

病史：李童　9 岁　患儿时有鼻衄，已近年余。五官科检查未见异常，验血也正常。素有支气管炎病史，着凉则发，咳喘痰黏难咯，腑行干燥如球，数日 1 次，食纳不佳。虽经中西药止血，临时有效，反复鼻衄。随其母来院门诊。

检查:苔薄黄,舌质红,脉弦数。

辨证:肺开窍于鼻,又合大肠。肺火内蕴,灼伤阳络,迫血外溢,乃生鼻衄。肺热移肠,伤其津液,而见便秘。肺失清降,气机失司而有咳喘痰黏之苦,苔黄质红,脉来细数,肺火征象。肺火不清,诸证反复,鼻衄常作。

诊断:鼻衄,肺火内蕴,移肠灼津证。鼻衄。

治法:清肺降火,润肠泄热,守《小儿药证直诀》"泻白散"方意加减。

处方:

桑白皮 10g	地骨皮 5g	炙杷叶 10g	白茅根 10g
全瓜蒌 30g	莱菔子 10g	草决明 30g	黄芩炭 10g
白菊花 5g	制大黄 5g	全当归 5g	车前草 15g
葶苈子 5g炒			

结果:上方每日1剂,水煎分2次服。连服14剂,鼻衄基本已止,大便通畅,食纳增加,咳痰显减。肺火渐清,肠津来复,守法易药,上方去当归、草决明,加芦根10g、焦三仙30g,改为每晚服1煎。再进7剂,鼻衄未复,咳痰已除,苔薄黄,脉小弦。肺火已清,停服汤剂,用梨汁、鲜茅根汁、鲜芦根汁,调蜂蜜,每天早晚服用。未再复诊。

按语:桑白皮清泻肺火主药,地骨皮降肺中伏火为辅药。原方粳米、甘草甘缓不利于肺火之清,故去之。加入葶苈子增强泻肺之力。黄芩炭专清肺火而止血,全瓜蒌、草决明既清肺又润肠,莱菔子消导又通腑,车前草清热利尿而排邪,白茅根清肺生津而止血。白菊花清肝,全当归润燥,制大黄泻热,三药上清肺火、下润肠燥,共为佐使药。全方既守"泻白散"方意,又据证加减,严谨配伍,贴切证类,近年鼻衄,半月即止。对古方要遵古而不泥古,重在创新,直对临证,奏效为重。

55. 复发性口腔溃疡(导赤散)

病史:江某某　男性　32岁　患者经常口舌溃疡,已逾3载,生气、饮酒、进食辛辣时加重,反复发作,经久不愈。局部灼痛,影响进食,口干欲饮,面红心烦,小溲短赤,大便较干。久经中西药,内服外敷,其效不显,其苦难言。病友介绍,来院门诊。

检查:苔薄黄,舌尖红,脉弦数。面色较红,唇、舌、颊部多处黄白色大小不等,浅表性溃疡点,中央凹陷,边周红肿。

辨证:舌为心之苗窍,心火上炎,热蒸肉腐,发为口疮。热扰心神,则见心烦,热移小肠,溲短色深,邪热伤津,渴而欲饮,大便干结。苔黄尖红,脉数均为心火之征。本案病发口腔,病位在心,病因火炎。

诊断:口疮,心火上炎,移热小肠证。复发性口腔溃疡。

治法:清心导热,消肿止痛,宗《小儿药证直诀》"导赤散"方意化裁。

处方：

生　地 10g	竹　叶 10g	栀　子 10g	甘草梢 5g
麦　冬 10g	双　花 10g	黄　连 10g	莱菔子 15g
薄　荷 10g	芦　根 15g	车前草 30g	

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服，并以鸡内金烧灰存性，睡前用汤药调敷溃疡处。连用 7 天，溃疡面开始缩小，灼痛红肿缓解，心烦口干消除，大便仍干。心火渐清，守法续进，加强通腑之力，以分导热邪，上方去甘草梢，加草决明 30g、白菊花 10g，又用 14 天，腑行已畅，尿量增加，茶色转淡，口腔溃疡明显减少，多处愈合。改为每晚服 1 煎。半月后，口疮基本消失，苔薄黄，脉弦细。心火已清，停服汤剂，用麦冬 10g、玄参 10g、芦根 10g、白菊花 5g、双花 5g、薄荷 5g，泡饮代茶，常服防复。2 月后介绍病友门诊，称口疮一直未复。

按语：口腔溃疡中医称作"口疮"，始载于《内经》。《素问·气交变大论》云："岁金不及，炎火乃行，民病口疮。"《诸病源候论》精辟分析其成因："手少阴，心之经也，心气通于舌；足太阴，脾之经也，脾气通于口。脏腑热盛，热乘心脾，气冲于口与舌，故令口舌生疮也。"

后世各家都认为口疮有实火、虚火之别。本案一派心火上炎征象，"导赤散"清心导赤，正合其证。方中以生地清热凉血又养阴，佐入麦冬、玄参、芦根之类，其效更增。木通降火利水，共为主药，但其有毒，故以功近之车前草代之。竹叶清心利尿，引热下泄，佐入双花、黄连，清心之力倍增。生栀子清泻三焦专治心烦，薄荷、白菊，清肝降火，利于心火之泄，是谓使药。莱菔子、草决明润肠通腑，分导邪热，配以鸡内金灰外敷，助其收敛愈疮。全方清泻心火为主，配伍得当，取到疗效。草梢虽然能清热通淋，导火止痛，但其甘缓之性，对火热有碍，用量宜小，中病即止。临证口疮，实者清心火，虚者滋肾阴，中医富有疗效优势。

56. 牙周炎（凉膈散）

病史：孙生　47 岁　患者牙龈肿痛且出血已经半载，以左侧为重，甚则颌下淋巴结肿痛，影响进食。口渴喜冷饮，胸膈烦热，性躁易怒，便秘溲赤。在某医院口腔科诊断为"牙周炎"。西药抗菌，内服外治均无显效。生气致怒、饮酒辛辣、吸烟过频，发作加重。改服中药而来院门诊。

检查：苔薄黄，舌质红，脉弦数。T36.9℃。左颌下淋巴结肿痛，牙龈红肿。BP：17.3/10.7kPa（130/80mmHg）。

辨证：《灵枢·脉度》云："心气通于舌，脾气通与口。"上中二焦邪热亢盛，胸膈烦热，心火上炎，胃津受灼，胃经环口入齿，而生龈肿衄血之苦。上焦气热烁津则渴喜冷饮，燥

热内结，见便干尿赤。验舌诊脉均见火热征象。脉症参合，病位心胃，邪热亢盛之患。

诊断：龈肿衄血，上中二焦，邪热亢盛证。牙周炎。

治法：清上泄下，泻火通便，投《和剂局方》之“凉膈散”加减。

处方：

栀　子 10g	黄　芩 10g	薄　荷 10g	淡竹叶 10g
连　翘 10g	制大黄 10g	升　麻 5g	川牛膝 15g
丹　皮 10g	白　菊 10g	草决明 30g	车前草 30g

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。连服 7 剂，腑行得畅，尿量增多，烦热减轻，齿衄已止，龈肿也缓，惟口渴不解。随两便分利，邪热渐泄，但胃火仍盛，守法增清胃之品，合“白虎汤”方意，上方加生石膏 30g、知母 10g、生苡仁 10g，再进 7 剂，口渴明显缓解，龈肿基本解除，饮食大增，苔薄黄，脉弦细。上中二焦邪热已清，守法巩固，嘱上方每晚服 1 煎，未再复诊。

按语：胸膈烦热，治宜上清下泄，故名“凉膈”，上清者栀子、连翘、薄荷、黄芩、白菊、丹皮之类，清心、胃、肝之火。下泄者分利两便，原方硝黄太峻，改投草决明 30g 润肠通便，配以制大黄，不在苦寒攻下，意在泻热排邪。车前草既清又泄，助竹叶之泄，使邪热清而泄之，两者润肠利尿，是重要辅佐药。方内以小量升麻，大量川膝，升清降浊，调节升降气机，是上清下泄的有效辅助。复诊时，胃火仍盛，渴饮不除，佐入“白虎汤”，增强清胃之力而收效。凡三焦实火，湿热内蕴诸证，上清下泄是有效治法。惟用于湿热时要处理好清和燥的关系，应清而不凉，防其苦寒太过，留恋湿邪；燥而不温，防其温燥太甚，助其火邪。

57. 肺癌咳血（苇茎汤）

病史：刘氏　67 岁　右肺鳞癌晚期住院患者。平时胸痛难忍，烦躁汗出，咳嗽痰黏，午后低热 37.5℃左右，食纳不香，腑行较干。昨起咳血，开始痰中血丝，嗣后满口鲜血，约 100ml，精神紧张。要求暂停化疗，服中药止血。

检查：苔薄黄腻，舌红脉数。T37.6℃，两肺听诊右肺呼吸音低粗，无明显干湿啰音。心率较快，90 次/分。BP：17.3～11.3kPa(130/85mmHg)。

辨证：肺为清肃之脏，痰热内蕴必有胸痛咳痰之苦，下移大肠，腑行必干，延及胃纳，食谷不香，上扰心神，烦躁低热，汗出不止。痰热伤络，溢血妄行而致咳血量多，痰则苔腻，热则苔黄质红脉数。本案病位肺经，证属痰热。

诊断：息贲，咳血，痰热壅肺，灼伤肺络证。原发性支气管肺癌。

治法：清肺祛痰，凉血止血，投《备急千金要方》“苇茎汤”加味。

处方：

芦　根 15g	桃　仁 10g	生苡仁 10g	冬瓜仁 10g

丹　皮 10g　　野　菊 10g　　仙鹤草 10g　　车前草 30g
全瓜蒌 30g　　黄芩炭 10g　　鱼腥草 30g　　莱菔子 10g
白花蛇舌草 30g

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。服 1 剂咳血开始减少，咳痰减轻，加花蕊石粉 1g、三七粉 2g，装入胶囊吞服，续进 3 剂，咳血停止，腑行转润，食纳增加，心情逐渐平稳，低热如旧。嘱再服 3 剂巩固防复。后以芦根 10g、麦冬 10g、白菊 5g 泡饮代茶，配合肺癌治疗，未再咳血。

按语：中医无肺癌病名，可相当于"息贲"病证，肺癌咳血难止，可以成为致死之因。止肺癌咳血有三要：一是清肺化痰，如投鱼腥草、全瓜蒌、黄芩炭等；二是润肠通腑，排出肺热，如用桃仁、草决明、莱菔子、生栀子等；三是凉血止血，如伍丹皮、仙鹤草、三七、花蕊等。

本案系痰热壅肺，"苇茎汤"切合。芦根清肺泄热为主药，冬瓜仁祛痰，生苡仁利湿，桃仁泥化瘀，共为佐使，虽仅四味组方，但清热祛痰之功突出。伍入鱼腥草、白花蛇舌草，增其清化又能抗癌。丹皮清肝凉血，木火一除，肺金得保。野菊花清热解毒，专事清解肺毒，黄芩炭清肺止血专药，共同辅助主药的清化之功。车前草清热利尿止咳，肺热可从尿泄。全瓜蒌、莱菔子润肠通便，又增食纳，肺热移肠可从便出。仙鹤草止血又抗癌，三七、花蕊均有止咳血效力。"苇茎汤"清化之功与本案病机贴切，一经加味，既增效又对证，咳血乃止。

58. 肝癌发热（人参白虎汤）

病史：吴某某　男性　41 岁　确诊肝癌近半年，西医介入疗法后，肝癌包块有所缩小，惟体力日渐衰退，心悸气短，神疲乏力，动则更甚，累及右胁隐痛，纳谷不香，两便尚调。近周原因不明，突然发热 38.5℃以上，中西医退热药联用，发热不退，遂请会诊。

检查：苔薄黄，质干红，脉数大但无力。T39.1℃，询症虚汗较多，汗出热不退，口干欲冷饮。

辨证：气短神疲，体能衰退，脉来无力，气虚之证。虚汗不止，渴欲冷饮，舌干红，脉虚数，津伤之象。气津不足，宗气下陷，不能卫阳而致发热不退。病在阳明胃经，证属气津双亏。

诊断：肝积发热，阳明经热，气津双亏证。原发性肝癌。

治法：清热生津，补气升清，宗《伤寒论》"人参白虎汤"出入。

处方：

知　母 10g　　丹　参 30g　　仙鹤草 10g　　生石膏 30g打
银柴胡 10g　　生　芪 15g　　生苡仁 10g　　青　蒿 15g后下
芦　根 10g　　焦三仙 30g　　西洋参 5g另煎兑服

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。服药1剂体温降至37.8℃，虚汗明显减少，渴饮如旧。气津渐复，热盛未净，上方加羚羊角粉0.6g分冲。连进3剂，体温36.9℃，渴饮解除，虚汗停止，食纳增加，精神好转。嘱改为每晚服1煎，冲服1次羚羊角粉0.3g。半月余，发热未复。

按语：张仲景组“白虎汤”专治阳明气分大热证。本案阳明有热，气津双亏，故只取知母、石膏两味，以清阳明之热。而重用西洋参，取其补气生津之力，补气再助生芪、仙鹤草，生津再增芦根，气津双补，十分切证。银柴胡、青蒿升清阳，退虚热，丹参和营活血又化肝积，苡仁和胃化湿又抗肝癌。羚羊角粉清肝专退高热。焦三仙消导开胃，振奋食欲，可起“补而不滞”之效。全方补气生津为主，退热和营，升清降浊而退壮热。

癌性发热难退。其热以虚证居多，特别是气津双亏，不能框于癌毒，而一味以苦寒解毒之品投之。苦寒伤正，对虚性癌热有害无益。西洋参、仙鹤草、青蒿、生芪、羚羊角粉五味，既补气生津，又抗癌升清而不伤正，常常是癌性发热的效药，临证可以试用。

59. 脑胶质瘤（天麻钩藤饮）

病史：李某某　女性　39岁　经常头痛眩晕，两眼发花，甚则恶心耳鸣，项紧肢麻，失眠梦集，口苦纳呆，经期加重。曾经某医院脑部CT扫描，诊为“脑胶质瘤”，1.5cm大小，因惧怕手术，专门来京门诊，要求中药消瘤。

检查：苔薄黄，根部腻，舌质红，脉弦数。BP：18.7～12.0kPa（140/90mmHg），眼震（－），四肢活动如常，痛温觉无异常。

辨证：眩晕眼花，耳鸣肢麻系肝风内动之证，口苦头痛，失眠梦集，苔黄质红，脉象弦数，乃肝阳上亢的表现，肝阳可以引动肝风，还可横克而纳呆恶心，根部苔腻。本案病位在肝，阳亢横逆之证。

诊断：眩晕，肝阳化风，横逆脾运证。脑胶质瘤。

治法：平肝熄风，健脾宁神，宗《杂病证治新义》“天麻钩藤饮”出入。

处方：

天　麻10g	栀　子10g	黄　芩10g	夏枯草15g
川　芎10g	丹　参30g	云　苓10g	草决明30g
杜　仲10g	寄　生10g	牡　蛎30g	钩　藤15g后下
泽　泻10g	夜交藤30g	川牛膝15g	三七粉6g冲

结果：上方每日1剂，水煎分2次服。回原籍，连服2个月，头痛眩晕明显减轻，口苦耳鸣解除，夜寐转酣，食纳增加。BP：17.3～10.7kPa（130/80mmHg），当地复查CT，

脑胶质瘤缩小为 1.0cm 大小。来京复诊，苔薄黄，脉弦细。肝风已熄，肝阳渐降，治重补益肝肾，以图本消瘤，上方去黄芩、草决明、泽泻、夜交藤，加生地 10g、灵芝 10g、黄精 10g，带药 30 剂，改为每日下午服 1 煎，早晚服杞菊地黄胶囊各 5 粒，脑立清胶囊各 3 粒。连用 2 个月，又来信，寄药 2 次。半年后来信述症状解除，血压始终稳定在 16.0～10.7kPa(120/80mmHg)，当地 CT 复查，脑胶质瘤已消失。

按语：脑胶质瘤日益增大，压迫脑组织会出现一系列神经系统症状。手术切除，常常损伤脑组织而留后遗症。中医治疗有优势。本案纯属肝阳化风证类，借"天麻钩藤饮"平肝熄风之效投服，平肝既用清肝的夏枯草、栀子、黄芩，又用滋养肝肾的生杜仲、桑寄生。熄风则投主药天麻和钩藤，因血压高故钩藤后下，保持其降压成分不致久煎挥发。草决明、泽泻，既清肝又降压，生牡蛎潜阳软坚，利于消瘤。云苓、夜交藤宁神安眠除梦集，三七粉和血专消脑瘤，川牛膝导血下行，助主药平肝阳而熄肝风，配川芎之升透，一面引药入脑窍，一面调整升降气机而降压止眩。肝风已熄，治重滋养肝肾，重用生地、黄精、灵芝等，以图其本，防止肝阳再起，所谓"滋水涵木"之法也。汤剂 1 煎，下午 3 点服用，便于吸收，早晚配以滋阴的杞菊地黄，清脑的脑立清，坚持半年之久，脑瘤得消，免除手术，足见中医辨证之优。

60. 小儿消化不良(健脾丸)

病史：方童　7 岁　自幼受父母宠爱，饮食不节，饥饱无常，炙煿太过，零食饮料不断，以致脾胃受损，脘腹痞胀，纳呆难消，时有嗳气，大便干溏交杂，形体日瘦，抵抗力减退，经常感冒发热，扁桃体肿大。儿童医院诊为"消化不良"，西药助消化，临时缓解，中药消食导滞，食纳更差。其母治疗有效，随来门诊。

检查：苔薄黄腻，脉沉细弱。面黄肌瘦，见有花斑，巩膜黑点，爪甲白斑。腹胀无触痛，肝脾未触及。

辨证：饮食无度，脾胃损伤，脾运失健，纳呆难消，脘胀痞胀，苔腻脉弱。胃纳失降，嗳气时作。病位中焦，证属脾虚停食。

诊断：食阻，脾虚失健，胃脘停食证。小儿消化不良。

治法：健脾和胃，消食除胀，宜《证治准绳》"健脾丸"化裁，改为汤剂。

处方：

白　术 10g	云　苓 10g	陈　皮 10g	焦三仙 30g
党　参 10g	山　药 5g	砂　仁 5g	肉豆蔻 5g
黄　连 5g	木　香 5g	甘　草 5g	

结果：上方每日 1 剂，水煎分 2 次服。连服 7 剂，脘胀明显减轻，食纳始增，嗳气已止，大便正常。脾运复健，胃已和降，守法增健运之力，上方加扁豆衣 10g、莱菔子 5g，续

进7剂,脘胀消失,食纳大增。嘱其注意饮食,常食山楂糕加以调养。

按语:饮食不节,是小儿停食的主因,但有虚实之别。病程短者,便干,以实证为主,可以单纯消食导滞;病程长者,便溏,则以虚证为主,消导过度,反伤脾运,宜健脾消食。本案证属脾胃虚弱而食积内停。一边用“四君子汤”方意,补气健脾,再入温脾的豆蔻、山药,醒脾的木香、砂仁,共辅脾运之健。食阻化热居多,用黄连清热又能止泻,还是寒性反佐。焦三仙是小儿停食的必用之药。复诊时再增健运,加入扁豆衣、莱菔子,脾运得健,食阻才消,这是脾虚食阻的取效关键。小儿停食多发,常吃山楂糕、果丹皮、红果酱等,既代零食,又除停食,一举两得。

论 著 篇

1. 24篇主要学术论文题录

1）“757”治疗原发性肺癌32例近期疗效观察. 中医药研究参考,1977,(3):10

2）急症室用中医药治疗50例急性高热的临床疗效观察. 新医药学杂志,1977,(8):12

3）猪苓提取物(757)伍用化学药物治疗原发性肺癌50例近期疗效观察. 中医药研究参考,1978,(3):23

4）猪苓提取物伍用化疗药物治疗原发性肺癌37例近期疗效观察. 新医药学杂志,1979,(2):11

5）清开灵治疗急性胰腺炎26例疗效观察. 中医杂志,1986,(2):16

6）急性高热110例辨证论治对照观察. 中国医药学报,1986,(1):18

7）心痛气雾剂临床与实验研究. 中国医药学报,1987,(6):9

8）辨证序列方药诊治冠心病心绞痛. 中医急症通讯,1990,(7～8):1

9）心痛口服液的临床与实验研究. 中国医药学报,1991,(1):21

10）回顾、评价、展望. 中国中医急症,1992,(1):8

11）补心气、滋心阴口服液治疗冠心病心绞痛1037例疗效总结. 中国中医急症,1992,(1):17

12）蛇岛牌安脑丸治疗急症537例临床总结. 中国中医急症,1992,(2):53

13）华西牌生脉注射液治疗冠心病心绞痛219例临床及实验研究. 中国中医急症,1995,(4):152;华西医科大学学报,1996,(27):4

14）提倡冠心病治疗新思路. 中国中医急症,1999,(2):51

15）心痛舒喷雾剂治疗冠心病心绞痛717例(1770例次)临床与实验研究. 中国中医急症,1999,(5):200

16）补心气和滋心阴口服液治疗冠心病心绞痛3807例临床研究. 中国中医急症,1999,(5):218

17）参脉注射液治疗冠心病311例疗效评估. 中国中医急症,1999,(5):221

18）诺迪康胶囊治疗冠心病心绞痛416例疗效评价. 中国中医急症,2000,(4):142
19）正心泰胶囊治疗冠心病心绞痛临床观察. 中国中医急症,2001,(2):64
20）探讨血管内皮损伤致冠心病心绞痛的发生机理. 中国中医基础医学杂志,2001,(4):23
21）胸痹心痛诊治新识. 中国中医药信息杂志,2001,(5):1
22）胸痹心痛整体综合治疗. 健康报,2001,(9.7):2
23）对中药正作用的反思. 首都医药,2001,(11):14
24）中医治疗冠心病心绞痛研究进展. 中国中医基础医学杂志,2003,(2):78

2. 16 部主要学术著作提要

1)**《糖尿病知识问答》**。与首都协和医院合编,负责中医部分编审。1979年3月,由上海科学技术出版社出版发行。

提要:对糖尿病的发生原理、症状表现、防治方法及其合并症的处理原则,以问答形式加以介绍。中医方面介绍了古代对糖尿病的认识,以及辨证论治的有效方药。

2)**《中医急症救护技术汉英对照教材》**。中国红十字会主编。负责编写高热和痛证两节中医救治。1988年10月,由人民卫生出版社出版发行。

提要:①论述外感发热,风寒风热鉴别,内伤高热的危证表现,以及中药内服外治和针灸的救治方法。②论述心痛、胃痛、头痛的病因病机,以及针药并用的救治方法。作为教材供对外交流培训之用。

3)**《中医急症研究》**。国家中医药管理局医政司,中华中医药学会内科分会共同主编。负责撰写心病研究。1989年5月,由上海中医学院出版社出版发行。

提要:以1987年8月在长春召开的"全国中医急症研讨会"学术论文为蓝本,反映最新中医急症的科研成果。心病方面有"研究述评"、"胸痹心痛急症诊疗规范",以及心痛气雾剂研究成果的学术介绍。

4)**《中医用药护理指南》**。中国中医研究院主编。为编委和审稿。1989年12月,由人民卫生出版社出版发行。

提要:把中药学与护理学结合一起,以提高中医临床用药的护理水平。

5)**《中医内科急症诊疗规范,第一辑》**。国家中医药管理局医政司主编。为编委和审稿,负责编写中医心痛诊疗规范。1990年3月,国家中医药管理局以国中医药医城[90]13号名义颁布下发。7月1日起在全国各级各类中医院中实施。

提要:共收编高热、中风、心痛等6个内科急症的诊断疗效标准、救治规范。为解放后第1部由政府卫生行政部门主编的权威性中医内科急症规范。

6)**《胸痹心痛证治与研究》**。主编兼统审。23万字,1991年10月,由上海中医学院出版社出版发行。

提要:共分病名病因的辨析、诊断方法的研讨、治法方药的研究、疗养护理、实验研究的思路5部分。既重历代文献考证综述,继承整理,又列近代研究的现状和进展,发

扬创新,力求系统总结胸痹心痛的证治规律,尝试创建“胸痹心痛”的中医实验学。

7)**《叶心清医案选》**。编写之一,负责撰写“叶心清临床经验及学术思想”及医案按语。1991 年 12 月,由中医古籍出版社出版发行。

提要:收载先师当代名医叶心清临证医案 50 余例,涉及内、妇、儿、皮肤、骨科多种疑难杂症,可领悟其独到的用药潜方、佐针疗疾的宝贵经验。

8)**《中医痛证大成》**。主编。49 万字,1993 年 10 月,由福建科学技术出版社出版发行。

提要:上篇按部位从头到足共载痛证 31 条,每条分“概述”、“沿革”、“病因病机”、“鉴别诊断”、“辨证论治”和“其他治法”。下篇收集近代和当代名家的镇痛经验,以及痛证的综合疗法和实验研究。文献考证有据,近代研究综述,集中医痛证之大成。

9)**《补心气、滋心阴口服液扩大验证学术论文集》**。主编。26 万字,1994 年 4 月,由中国医药科技出版社出版发行。

提要:补心气和滋心阴口服液系原国家中医药管理局医政司胸痹急症协作组研制开发的颇具辨证论治的 2 个新药。1991 年获得新药证书,投产面市,经 3 年在中医院、西医院共同临床验证数万病例,进一步肯定其确切的疗效,安全的制剂和稳定的产品,并在武汉召开扩大验证学术研讨会。择其优秀论文,汇集成书。

10)**《中医急诊医学》**。第一副主编兼统编。94 万字,1995 年 10 月,由福建科学技术出版社出版发行。

提要:上篇 5 章阐述中医急诊医学的概念及其地位、基础理论、急症辨治、护理要点及急救疗法。中篇按内、外、妇、儿、眼、耳鼻喉、皮肤、肛肠、骨伤、肿瘤共 10 章,收载急症 153 种,按概述、病因、诊断、治疗、调护加以论述。下篇第一章为古今急症医论医案的选粹,第二至二十章对 17 种专科急症研究进展加以述评。这是解放后第一部由政府卫生行政部门主编的,启迪探索中医急诊学术发展导向,具权威性、实用性的现代中医急诊医学专著。

11)**《现代中医心病学》**。主编。90 万字,1997 年 8 月,由北京科学技术出版社出版发行。

提要:总论 8 章,阐述中医心病的概念、源流、病因病机、治疗特色、预防护理、有效方药及研究思路方法。第二篇常见中医心病的辨证论治,以心主血脉,心藏神明,心开窍于舌为准,收载心病 20 种。第三篇以西医病名收载常见心血管病辨证论治,共计 36 个病种。第四篇荟萃历代中医诊治心病医案精华,共 30 则。第五篇选评当代名医心病临证经验,共 93 位,最后附录胸痹病,心痛、心悸、心衰、心厥四个急症诊疗规范。是“一部具有学术性、实用性、系统性、规范性和时代特点的跨世纪专著。”

12)**《今日中医内科》**上卷。主编兼统审。120 万字,2000 年 1 月,由人民卫生出版社出版发行。

提要:选择心、脑、肝、胆病证中,当今专科专病研究较为活跃,中医疗效较为满意的主要病证 15 种,从“今日临床”、“近代研究”和“古训今释”三个方面进行阐述,充分反映

二十世纪末中医最高临床水平和最新学术进展。实用性突出，资料性较强，具有极高的实用价值，文献价值和收藏价值。

13)**《百年百名中医临床家叶心清》**。第一编著。14 万字，2001 年 1 月，由中国中医药出版社出版发行。

提要：收录当代已故著名中医临床学家叶心清的医论、医话、医案。涉及内、妇、儿、皮肤及骨科等多种疑难杂症。全面系统真实地介绍了叶老从医 50 载的临床经验和学术思想，完全可以领悟其独到的遣方用药、佐针疗疾、整体辨治的宝贵经验，具有较高的启迪和实用价值。

14)**《中西医结合心血管病手册》**。主编。37 万字，2001 年 6 月，由中医古籍出版社出版发行。

提要：共设 6 章。第一章主要心血管病 36 种，第二章其他心血管病 12 种，第三章相关主要的临床综合征 6 种，合计涉及心血管病共 54 种。第四章诊断技术述要，分 6 类共 130 种，第五章治疗技术进展 8 种，并附术后发挥中医药的疗效优势。第六章心病中医辨证论治，既列四诊纲目，又述八纲规律，并归纳心病方药 8 类，主要中药 49 味，代表方剂 26 首，常用成药 50 种。尽力反映 1995 年以来诊疗的最新进展、最新理论、最新观点、最新技术、最新资料、最新信息，供一线医师临证实用。

15)**《中医心病诊断疗效标准与用药规范》**。主编。45 万字，2001 年 9 月，由北京出版社出版发行。

提要：书分 3 章。第一章收载中医心病 48 种，以心血管病为主，延及中医心病相关的、主要的、常见的而且确有疗效的某些神经系统、生殖系统和口腔疾病。每个病种均按诊断标准、疗效标准、分证论治、成药应用 4 项阐述。第二章收载心病中成药 49 种，并按证候分成 9 类，进行学术推广。第三章收载中医心病常用古方 36 首，常用中药 68 味。是一部规范中医诊断与疗效标准，指导中医心病用药，具有较强临床可操作性的专著。

16)**《实用中医心病学》**。第一副主编兼统编。90 万字，2001 年 11 月，由人民卫生出版社出版发行。

提要：首先系统阐述中医心病学的基础理论，全面总结中医治疗心病的临床规律和经验，介绍心病的最新研究成果。内容包括心病基础篇、心主血脉篇、心藏神明篇、心与其他脏腑疾病关系篇、心病急症篇和心病进展篇。涉及中医心病及其相关病证共 40 余种。力图通过全书，创建中医心病学的体系和框架。

著者年鉴

1939年5月～1957年9月

出生于上海市中医世家。1952年小学毕业起即随祖父、父亲临证抄方，成为上海大场枸橘篱沈氏女科第十九代传人。

1957年9月～1963年9月

以优异高考成绩考入上海中医学院医疗系(后改称上海中医药大学)，成为全国首创4所中医学院第一批统一高考入学生。大学6年，中医学、西医学课程比例6:4，每逢寒暑假在附属医院随师祖、师伯临证见习，得益匪浅。最后一年在附属曙光医院中西医各科临床实习，各科考核优秀，取得毕业证书，经国家统一分配到北京中医研究院参加工作(后改称为中国中医研究院)。

1963年9月～1974年4月

任中国中医研究院针灸研究所和广安门医院住院医师，并拜四川名老中医叶心清为师。每周1、3、5在外宾高干门诊，2、4、6在普通门诊随师抄方。叶师针药并施，善治内、儿、妇科等疑难杂症，思路独特，处方新奇，十分有益于临床疗效的提高。曾参与《叶心清医案选》的整理工作并编写"叶心清临床经验及学术思想"一节，1991年12月由中医古籍出版社正式出版发行。

1974年4月～1976年5月

广安门医院筹建具有中医特色和优势的急诊室，被委任为负责人。从急性高热着手，开展中医急症工作。首次在1977年8期《新医药杂志》上发表学术论文"急诊室用中医药治疗50例急性热病的临床疗效观察"。开展糖尿病中医诊治研究，提出补气为主治疗2型糖尿病的新思路。创制"降糖甲片"，开设专题门诊，并同协和医院合作，重点观察中医对胰岛素减量，改善症状和治疗某些合并症的疗效，并联合主编《糖尿病知识问答》专著，负责编写中医部分。1979年3月由上海科技出版社正式出版发行。

1976年5月～1981年2月

在广安门医院筹建肺部肿瘤病房并担任"猪苓多糖治疗原发性肺癌"科研课题组组长。首批晋升为主治医师。其间共总结学术论文8篇在各级杂志发表。其中"猪苓多

糖治疗原发性肺癌116例扶正作用的临床观察”获得1981年度中国中医研究院科研成果三等奖。

1981年2月～1983年1月

任中央卫生部委托广安门医院举办的第5届全国西医脱产学习中医班教研组组长。2年脱产系统学习和临床实习，共培养63名西学中学员。

1983年1月～1985年7月

1983年1月参加卫生部中医司在重庆召开的“全国中医急症工作座谈会”。这是解放后第一次由卫生行政主管部门主持的急症工作会。参与“关于加强中医医院急症工作的意见”讨论。

广安门医院新病房楼落成，重建急诊科，被任命为急诊科主任。开展急性高热、心病、中风、痛证等中医急症诊疗研究，制订编辑了“广安门医院单病种中医急症诊疗常规”。论文“急性高热110例辨证论治对照观察”发表于《中国医药学报》1986年创刊号。并参与《英汉对照中医急症救护技术教材》的编辑工作，负责编写“中医急症(高热、痛证)的治疗”两节。1988年10月由人民卫生出版社正式出版发行，列作涉外中医急症教材。

1984年4月卫生部中医司成立全国中医急症协作组。被聘任为全国中医痛证急症协作组组长。(后统一更名为国家中医药管理局医政司胸痹急症协作组)建组16年来拓展了14个分组169个二甲以上成员单位，形成中医诊治冠心病危重急症的学术网络。1990年在《中医急症通讯》杂志(7～8期)上提出“辨证序列方药诊治冠心病”的新思路。1987年度“心痛气雾剂临床应用与实验研究”获得国家中医药管理局全国中医药科技成果乙级奖；《中国医药学报》首届优秀论文3等奖。1992年度“心痛口服液临床与实验研究”获得国家中医药管理局全国中医药科技成果2等奖。1991年9月同时取得“补心气口服液”和“滋心阴口服液”2本卫生部颁发的中药三类新药证书和2个准字号生产批文，由湖北省咸宁制药厂生产面世。1998年9月取得“心痛舒喷雾剂”卫生部颁发的中药三类新药证书和准字号生产批文，由广东省华南制药厂生产面世。以上3个新药均被列入国家基本药物目录，国家中药保护品种，国家医保目录和国家急诊必备药物目录。主持制订“胸痹心痛(冠心病心绞痛)中医急症诊疗规范”，被收入国家中医药管理局编辑的《中医内科急症诊疗规范》第一辑并颁文于1990年7月起在全国各级各类中医院中施行。主编专著：《胸痹心痛证治与研究》23万字，1991年10月由上海中医学院出版社出版发行；《补心气、滋心阴口服液扩大验证学术论文集》26万字，1994年4月由中国医药科技出版社出版发行；《中医痛证大成》49万字，1993年10月由福建科技出版社出版发行；《现代中医心病学》90万字，1997年8月由北京科技出版社出版发行。

1985年7月～1991年2月

首批晋升为副主任医师，被授予硕士研究生导师资格，并调任中国中医研究院基础

理论研究所副所长,所学术委员会副主任委员。组织全所多学科、多层次、多途径地对中医基础理论中的“脾气虚证”和“肝郁血证”展开实验和临床研究。从小动物鼠到大动物驴并与临床同步,由形态和功能两个方面综合探讨两证的机理。分别获得国家中医药管理局1993年度全国中医药科技进步一等奖和1993年度三等奖。

1985年起组织新药的研制和开发,取得了“脑血康口服液”、“益肾蠲痹丸”、“六味地黄浓缩丸”、“猪苓多糖胶囊”4本中药新药证书和准字号生产批文,均已投产面市。

1986年11月组织了全国首届中医证的国际学术研讨会,日本、朝鲜、马来西亚等国代表和国内有关专家200余人参加,会上对证的概念提出新共识,活跃了学术。

1990年晋升为主任医师。

1991年2月至今

任中国中医研究院基础理论研究所胸痹急症研究室主任。

兼任中华中医药学会急诊医学会副主任委员。内科医学会常务委员。心病专业委员会副主任委员兼秘书长。临床药物评价委员会委员。《中国中医急症》杂志副主编。中国中医研究院学位委员会委员。

1992年起招收硕士研究生,1998年起招收博士研究生。从事冠心病辨证论治及从痰论治课题的研究。临床与实验同步,采用整体、组织、分子等多层次研究方法。偏虚者补气祛痰,偏实者化瘀祛痰,开拓冠心病治疗的新途径,深化病因病机,提高临床疗效,发展中医学术。

第一副主编兼统编《中医急诊医学》,94万字,1995年4月由福建科技出版社出版发行。主编《今日中医内科》上卷,120万字,2000年1月由人民卫生出版社出版发行。编著《百年百名中医临床家叶心清》专著,14万字,2001年1月由中国中医药出版社出版发行。主编《中西医结合心血管病手册》,37万字,2001年6月由中医古籍出版社出版发行。主编《中医心病诊断疗效标准与用药规范》,45万字,2001年9月由北京出版社出版发行。第一副主编《实用中药心病学》,90万字,2001年11月由人民卫生出版社出版发行。

被聘为国家药品监督管理局药物评价中心专家和中华中医药学会临床药物评价委员会专家。参与国家基本药物目录和非处方药目录的评审工作。指派为专家组副组长,组织并参加全国中医院急诊必备中成药目录3次评审工作。并主持验证评估心病急症中成药,计有:补心气口服液、滋心阴口服液、心痛舒喷雾剂、参麦注射液、生脉注射液、乐脉颗粒、冠心丹参片、诺迪康胶囊、正心泰胶囊、安脑丸、脑血康口服液等,有关学术论文在国家级杂志上发表。

领导全国胸痹急症协作组14个分组,主持心病全国学术研讨会8次,地区性研讨会6次,讲习班8次。分组专著4部,研制新药9种。中华中医药学会内科分会心病专业委员会主编新著2部,主持全国性学术研讨会2次,组织全国心病高级研修班1次,制订心病急症诊疗规范3个。

1991 年在中国中医研究院科研成果表彰大会上，获得“七·五期间在中医药科研工作中做出突出贡献”奖状。1992 年在全国中医急症工作大会上，本人及领导的胸痹急症协作组同时获得两本国家中医药管理局颁发的首届“在中医急症工作中成绩突出”奖状。

1990 年作为大陆 5 名特邀专家之一出席在美国加州大学举行的第五届世界中医大会，在大会上特别演讲“辨证序列方药诊治冠心病”，并获“突出贡献荣誉”奖状。

1992 年起连续 3 年以大陆著名中医专家身份访问宝岛台湾，进行中医诊治心脑血管病、糖尿病和养生之道的学术讲座，技艺切磋并交流，受到岛内同仁的欢迎，曾为国民党元老陈立夫先生诊治心脑血管病，立夫先生题词“仁术济世”留作纪念。

1993 年起享受国务院颁发的政府特殊津贴。

2002 年 12 月荣幸地被国家人事部、国家卫生部中医药管理局颁文人发[2002]44 号和国中医药发[2002]54 号指定为第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。小儿沈宁、学生韩学杰博士成为学术继承人。沈氏医家有史以来从第 19 代传到第 20 代首次由政府认可。

［Ｇｅｎｅｒａｌ　Ｉｎｆｏｒｍａｔｉｏｎ］
书名＝沈绍功中医方略论
作者＝沈绍功编著　　陈秀贞　　沈宁　　韩学杰　　路云鹏协编
页数＝４６２
ＳＳ号＝１１２８０３８４
出版日期＝２００４年０１月第１版

前言
目录
正文